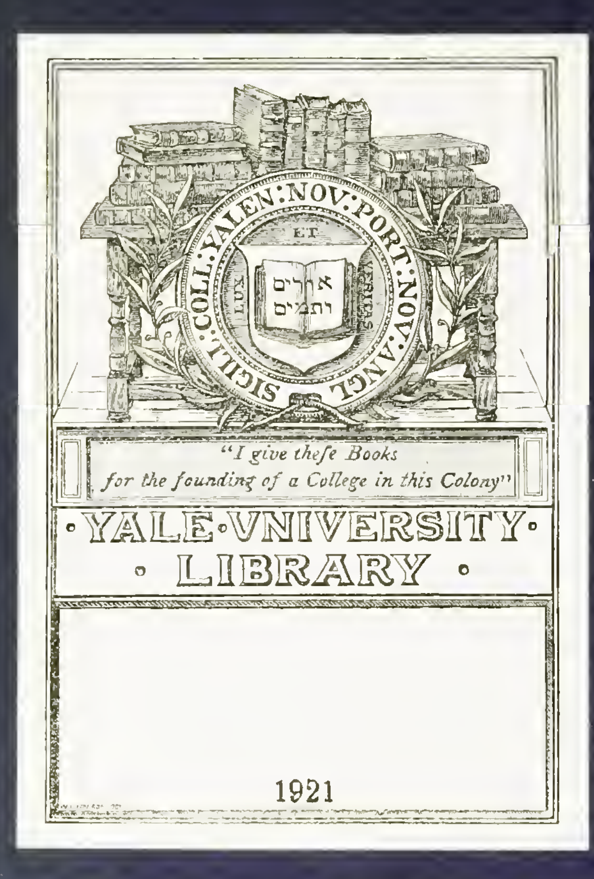
UNFALLS- UND BEGEHRUNGSNEUROSEN

VON

O. NAEGELI

Neue Deutsche Chirurgie
Begründet von P. v. Bruns
Herausg. von H. Küttner
22. Band


SIGILL:COLL:YALEN:NOV:PORT:NOV:ANGL
LUX ET VERITAS
"I give these Books
for the founding of a College in this Colony"
·YALE·VNIVERSITY·
· LIBRARY ·
1921





VERLAG VON FERDINAND ENKE IN STUTTGART

NEUE DEUTSCHE CHIRURGIE

Begründet von **P. v. Bruns.**

Herausgegeben von **H. Küttner** in Breslau.

Die **„Neue Deutsche Chirurgie“** ist als Fortsetzung der »Deutschen Chirurgie« von dem damaligen Herausgeber dieses monumentalen, dem Abschlusse entgegengehenden Sammelwerkes, Exzellenz v. Bruns, begründet worden.

Die **„Neue Deutsche Chirurgie“ erscheint als eine fortlaufende zwanglose Sammlung von Monographien über ausgewählte Kapitel der modernen Chirurgie.** Das beigegebene Verzeichnis der bereits erschienenen sowie in Vorbereitung befindlichen Bände zeigt, daß von den berufensten Autoren die neuzeitlichen Errungenschaften der Chirurgie sowie die neuerdings der chirurgischen Behandlung zugänglich gemachten Gebiete in sorgfältiger Auswahl dargestellt werden. **Nach Bedarf werden immer neue Bände hinzugefügt.**

Von der Kritik ist das Erscheinen der **„Neuen Deutschen Chirurgie“** mit Freude begrüßt und dem großen Werke ein weitgehendes Bedürfnis zuerkannt worden. Die bisher erschienenen Bände werden sämtlich dem Fachmann als willkommen und unentbehrlich, manche auch dem praktischen Arzte angelegentlich empfohlen.

Die **„Neue Deutsche Chirurgie“** hat in der kurzen Zeit ihres Erscheinens bereits einen außerordentlich großen Kreis von Lesern und besonders von Abonnenten sich erworben, so daß zu hoffen ist, daß die Sammlung sich bald jedem Chirurgen als unentbehrlich erweisen wird.

Im Abonnement auf die **„Neue Deutsche Chirurgie“** — es ist für dieses ein etwa 20 Prozent niedrigerer Bandpreis angesetzt — wird den Chirurgen die Gelegenheit geboten, allmählich eine wertvolle Fachbibliothek in sorgfältigster Auswahl und Bearbeitung zu erwerben.

Bisher erschienene Bände:

1. Band. **Die Nagelextension der Knochenbrüche.** Von Privatdoz. Dr. **F. Steinmann.** Mit 136 Textabbildungen. Lex. 8°. 1912. Preis für Abonnenten geh. M. 6.80, in Leinw. geb. M. 8.20. **Einzelpreis** geh. M. 8.40, in Leinw. geb. M. 9.80.

2. Band. **Chirurgie der Samenblasen.** Von Prof. Dr. **F. Voelcker.** Mit 46 Textabbildungen. Lex. 8°. 1912. Preis für Abonnenten geh. M. 7.80, in Leinw. geb. M. 9.20. **Einzelpreis** geh. M. 9.60, in Leinw. geb. M. 11.—

3\. Band. **Chirurgie der Thymusdrüse.** Von Dr. **Heinrich Klose.** Mit 99 Textabbildungen, 2 Kurven und 3 farbigen Tafeln. Lex. 8⁰. 1912. Preis für Abonnenten geh. M. 10.40, in Leinw. geb. M. 11.80. Einzelpreis geh. M. 12.80, in Leinw. geb. M. 14.20.

4\. Band. **Die Verletzungen der Leber und der Gallenwege.** Von Professor Dr. **F. Thöle.** Lex. 8⁰. 1912. Preis für Abonnenten geh. M. 6.80, in Leinw. geb. M. 8.20. Einzelpreis geh. M. 8.40, in Leinw. geb. M. 9.80.

5\. Band. **Die Allgemeinnarkose.** Von Professor Dr. **M. v. Brunn.** Mit 91 Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1913. Preis für Abonnenten geh. M. 15.—, in Leinw. geb. M. 16.40. Einzelpreis geh. M. 18.60, in Leinw. geb. M. 20.—

6\. Band. **Die Chirurgie der Nierentuberkulose.** Von Privatdozent Dr. **H. Wildbolz.** Mit 22 teils farbigen Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1913. Preis für Abonnenten geh. M. 7.—, in Leinw. geb. M. 8.40. Einzelpreis geh. M. 8.60, in Leinw. geb. M. 10.—

7\. Band. **Chirurgie der Lebergeschwülste.** Von Professor Dr. **F. Thöle.** Mit 25 Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1913. Preis für Abonnenten geh. M. 12.—, in Leinw. geb. M. 13.40. Einzelpreis geh. M. 14.—, in Leinw. geb. M. 15.40.

8\. Band. **Chirurgie der Gallenwege.** Von Professor Dr. **H. Kehr.** Mit 137 Textabbildungen, einer farbigen Tafel und einem Bildnis Carl Langenbuchs. Lex. 8⁰. 1913. Preis für Abonnenten geh. M. 32.—, in Leinw. geb. M. 34.—. Einzelpreis geh. M. 40.—, in Leinw. geb. M. 42.—

9\. Band. **Chirurgie der Nebenschilddrüsen (Epithelkörper).** Von Professor Dr. **N. Guleke.** Mit 22 teils farbigen Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1913. Preis für Abonnenten geh. M. 7.—, in Leinw. geb. M. 8.40. Einzelpreis geh. M. 8.40, in Leinw. geb. M. 9.80.

10\. Band. **Die Krankheiten des Knochensystems im Kindesalter.** Von Professor Dr. **Paul Frangenheim.** Mit 95 Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1913. Preis für Abonnenten geh. M. 11.80, in Leinw. geb. M. 13.20. Einzelpreis geh. M. 14.80, in Leinw. geb. M. 16.20.

11\. Band. **Allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten.** I. Teil. Bearbeitet von Professor Dr. **A. Knoblauch,** Professor Dr. **K. Brodmann** und Priv.-Doz. Dr. **A. Hauptmann.** Redigiert von Professor Dr. **F. Krause.** Mit 149 teils farbigen Abbildungen und 12 Kurven. Lex. 8⁰. 1914. Preis für Abonnenten M. 20.—, in Leinw. geb. M. 21.60. Einzelpreis geh. M. 24.—, in Leinw. geb. M. 25.60.

12\. Band. **Allgemeine Chirurgie der Gehirnkrankheiten.** II. Teil. Bearbeitet von Professor Dr. **G. Anton,** Professor Dr. **L. Bruns,** Professor Dr. **F. Haasler,** Priv.-Doz. Dr. **A. Hauptmann,** Dr. **W. Holzmann,** Professor Dr. **F. Krause,** Professor Dr. **F. W. Müller,** Professor Dr. **M. Nonne** und Professor Dr. **Artur Schüller.** Redigiert von Professor Dr. **F. Krause.** Mit 106 teils farbigen Abbildungen. Lex. 8⁰. 1914 Preis für Abonnenten M. 17.20, in Leinw geb M. 18.80. Einzelpreis geh M. 21.—, in Leinw. geb. M. 22.60.

13\. Band. **Die Sportverletzungen.** Von Priv.-Doz. Dr. **G. Freiherrn v. Saar.** Mit 53 Textabbildungen. Lex. 8⁰ 1914. Preis für Abonnenten geh. M. 11.—, in Leinw. geb. M. 12.40. Einzelpreis geh. M. 13.40, in Leinw. geb. M. 14.80.

14\. Band. **Kriegschirurgie in den Balkankriegen 1912/13.** Bearbeitet von **A. Exner, H. Heyrovsky, G. Kronenfels** und **C. Ritter v. Massari.** Redigiert von **A. Exner.** Mit 51 Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1915. Preis für Abonnenten geh. M. 10.—, in Leinw. geb. M. 11.40. Einzelpreis geh. M. 11.60, in Leinw. geb. M. 13.—

15\. Band. **Geschichte der neueren deutschen Chirurgie.** Von Prof. Dr. **Ernst Küster.** Lex. 8⁰. 1915. Preis für Abonnenten geh. M. 4.40, in Leinw. geb. M. 5.60. Einzelpreis geh. M. 5.20, in Leinw. geb. M. 6.40.

16\. Band. **Direkte Endoskopie der Luft- und Speisewege.** Von Professor Dr. **W. Brünings** und Professor Dr. **W. Albrecht.** Mit 134 teils farbigen Textabbildungen. Lex. 8⁰. 1914. Preis für Abonnenten M. 12.60, in Leinw. geb. M. 14.—. Einzelpreis geh M. 14.60, in Leinw. geb. M. 16.—

17\. Band. **Die Verbrennungen und die Erfrierungen.** Von Prof. Dr. **E. Sonnenburg** u. Dr. **P. Tschmarke.** Mit 14 teils farbigen Textabbildungen und einer farbigen Tafel. Lex. 8⁰. 1915. Preis für Abonnenten geh. M. 5.80, in Leinw. geb. M. 7.—. Einzelpreis geh. M. 6.80, in Leinw. geb. M. 8.—

18. Band. **Verletzungen des Gehirns.** II. Teil: **Verletzungen der Gefäße und Nerven der Schädelhöhle.** Bearbeitet von Privatdozent Dr. **E. Melchior** und Prof. Dr. **A. Tietze.** Redigiert von Prof. Dr. **H. Küttner.** Mit 39 teils farbigen Abbildungen. Lex. 8°. 1916. Preis für Abonnenten geh. M. 10.40, in Leinw. geb. M. 12.—. Einzelpreis geh. M. 12 —, in Leinw. geb. M. 13.60. III. Teil: **Folgezustände der Gehirnverletzungen.** Bearbeitet von Prof. Dr. **A. F. Borchard,** Prof. Dr. **Alexander Stieda,** Dr. **W. Braun** und Prof. Dr. **P. Schröder.** Redigiert von Prof. Dr. **H. Küttner.** Mit 3 Textabbildungen. Lex. 8°. 1916. Preis für Abonnenten geh. M. 10.80, in Leinw. geb. M. 12.40. Einzelpreis geh. M. 12.60, in Leinw. geb. M. 14.20.

19. Band. **Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Von Prof. Dr. **O. Chiari.** Mit 244 Textabbildungen. Lex. 8°. 1916. Preis für Abonnenten geh. M. 18 —, in Leinw. geb. M. 19.80. Einzelpreis geh. M. 21.—, in Leinw. geb. M. 22.80.

20. Band. **Handbuch der Wundbehandlung.** Von Dr. **Conr. Brunner.** Mit 117 teils farbigen Textabbildungen. Lex. 8°. 1916. Preis für Abonnenten geh. M. 28.—, in Leinw. geb. M. 30.—. Einzelpreis geh. M. 32.60, in Leinw. geb. M. 34.60.

21. Band. **Die Lokalanästhesie.** Von Privatdoz. Dr. **F. Härtel.** Mit einem Vorwort von Prof. Dr. **V. Schmieden.** Mit 78 teils farbigen Textabbildungen. Lex. 8°. 1916. Preis für Abonnenten geh. M. 10 80, in Leinw. geb. M. 12.40. Einzelpreis geh. M. 12.60, in Leinw. geb. M. 14.20.

22. Band. **Unfalls- und Begehrungsneurosen.** Von Prof Dr. **O. Naegeli.** Mit 2 Textabbildungen. Lex. 8°. 1917. Preis für Abonnenten geh. M 8 —, in Leinw. geb. M. 10.40. Einzelpreis geh. M. 9.40, in Leinw. geb. M. 11.80.

In Vorbereitung befindliche Bände:

Behandlung der Wundinfektionskrankheiten. Von Prof. Dr. L. Wrede.

Immunisierung im Dienste der chirurgischen Diagnostik und Therapie. Von Dr. G. Wolfsohn.

Staphylomykosen und Streptomykosen. Von Prof. Dr. Th. Kocher und Priv.-Doz. Dr. F. Steinmann.

Sporotrichose. Von Prof. Dr. G. Arndt.

Tetanus. Von Prof. Dr. E. Kreuter.

Lumbalanästhesie. Von Dr. A. Dönitz.

Künstliche Blutleere. Von Prof. Dr. F. Momburg.

Bluntuntersuchungen im Dienste der Chirurgie. Von Prof. Dr. O. Nägeli und Dr. E. Fabian.

Bluterkrankheit. Von Priv.-Doz. Dr. Schlößmann.

Chirurgische Röntgenlehre. Von Prof. Dr. R. Grashey.

Chirurgisch. Röntgenstrahlenbehdl. Von Priv.-Doz. Dr. H. Iselin.

Chirurgische Sonnenlichtbehandlung. Von Dr. O. Bernhard.

Freie Transplantation. Von Prof. Dr. E. Lexer.

Plastische Chirurgie. Von Prof. Dr. E. Lexer.

Chirurgische Operationslehre. Von Prof. Dr. E. Lexer.

Dringliche Operationen. Von Prof. Dr. G. Hirschel.

Chirurgie der heißen Länder. Von Prof. Dr. K. Goebel.

Echinokokkenkrankheit. Von Prof. Dr. W. Müller, Prof. Dr. A. Becker und Priv.-Doz. Dr. G. Hosemann.

Chirurgische Pneumokokkenkrankheiten. Von Dr. Th. Nägeli.

Thrombose und Embolie nach Operationen. Von Prof. Dr. H. Fehling.

Luft- und Fettembolie. Von Prof. Dr. P. Clairmont.

Krebsgeschwülste. Von Prof. Dr. O. Lubarsch und Prof. Dr. R. Werner.

Sarkomgeschwülste. Von Priv.-Doz. Dr. G. E. Konjetzny.

Chirurgie des Diabetes. Von Prof. Dr. W. Kausch.

Chirurgie des Abdominaltyphus. Von Prof. Dr. O. W. Madelung.

Behandlung der chirurgischen Tuberkulose. Von Prof. Dr. M. Wilms.

Strahlenbehandlung des Hautkrebses und der Hauttuberkulose. Von Prof. Dr. P. Linser.

Chirurgie der Lymphgefäße und der Lymphdrüs. Von Prof. Dr. A. Most.

Chirurgie der Blutgefäße. Von Prof. Dr. A. Stich.

Chirurgie der Nerven. Von Prof. Dr. H. Spitzy.

Chirurgie der Syringomyelie. Von Prof. Dr. A. F. Borchard.

Chirurgie der Lähmungen. Von Prof. Dr. F. Lange.

Ambul. Behandl. v. Knochenbrüch. Von Prof. Dr. P. Hackenbruch.

Operative Behandlung der Knochenbrüche. Von Prof. Dr. E. Ranzi.
Knochenbrüche der Gelenke. Von Priv.-Doz. Dr. B. Baisch.
Traumatische Epiphysentrennungen. Von Priv.-Doz. Dr. K. Fritsch.
Neuropathische Knochen- und Gelenkkrankheiten. Von Dr. R. Levy.
Pseudarthrosen. Von Prof. Dr. A. Reich.
Knochengeschwülste. Von Prof. Dr. G. Axhausen.
Arthritis deformans. Von Prof. G. Axhausen und Dr. P. Gläßner.
Gelenkentzündungen bei infektiös. Krankheiten. Von Dr. G. D. Zesas.
Ankylose der Gelenke. Von Prof. Dr. E. Payr.
Spezielle Chirurgie der Gehirnkrankheiten. Bearbeitet von Oberarzt Dr. W. Braun, Prof. Dr. R. Cassirer, Prof. Dr. P. Clairmont, Prof. Dr. A. Exner, Prof. Dr. F. Haasler, Priv.-Doz. Dr. K. Henschen, Oberarzt Dr. E. Heymann, Prof. Dr. F. Krause, Prof. Dr. K. A. Passow, Prof. Dr. A. Stieda. Redigiert von Prof. Dr. F. Krause.
Verletzungen des Gehirns. I. Teil: Verletzungsarten des Gehirns. Bearbeitet von Stabsarzt Dr. A. Dege, Prof. Dr. H. Küttner, Prof. Dr. A. Schüller und Dr. Wrobel. Redigiert von Prof. Dr. H. Küttner.
Chirurgie der Hypophyse. Von Prof. Dr. A. Freiherrn v. Eiselsberg.
Chirurgie d. Orbita. Von Prof. Dr. W. Krauß u Priv.-Dz. Dr. F Hohmeier.
Chirurgie des Ohres. Von Prof. Dr. A. Hinsberg.
Rhinoskopie. Von Prof. Dr. P. Heymann und Dr. G. Ritter.
Chirurgie der Gesichts- und Kiefer-Gaumenspalten. Von Prof. Dr. C. Helbing.
Dentale Kieferoperationen. Von Prof. Dr. B. Mayrhofer.
Laryngoskopie. Von Prof. Dr. P. Heymann und Dr. A. Mayer.
Endemischer Kropf. Von Dr. E. Bircher.
Chirurgie der Basedowkrankheit. Von Dr. H. Klose u. Dr. Arno Ed. Lampé.
Chirurgie der Speiseröhre. Von Prof. Dr. V. v. Hacker und Prof. Dr. G. Lotheissen.
Druckdifferenzverfahren b. Thoraxoperation. Von Prof. Dr. L. Dreyer.
Chirurgie der Pleura. Von Dr. H. Burckhardt.
Chirurgie des Herzens. Von Prof. Dr. A. Häcker.
Chirurgie des Mediastinums und Zwerchfells. Von Prof. Dr. F. Sauerbruch und Prof. Dr. K. Henschen.
Laparotomie und ihre Nachbehandlung. Von Prof. Dr. H. Gebele
Radikaloperation d. Nabel- u. Bauchwandbrüche. Von Prof. Dr. E. Graser.
Chirurgie der Milz. Von Prof. Dr. H. Heineke und Dr. E. Fabian.
Chirurgische Behandlung d. Leberzirrhose. Von Prof. Dr. W. Kausch.
Chirurgie des Pankreas. Von Prof. Dr. N. Guleke, Dr. O. Nordmann und Dr. E. Ruge.
Röntgendiagnostik der Krankheiten des Verdauungskanals. Von Dr. E. Finckh, Dr. F. M. Groedel und Priv.-Doz. Dr. Stierlin.
Chirurgie des Magengeschwüres. Von Prof. Dr. E. Payr.
Chirurgie des Duodenum. Von Priv.-Doz. Dr. E. Melchior.
Chirurgie der Appendix. Von Prof Dr. M. v. Brunn.
Chirurgie der Form- und Lageveränderungen des Darmes (ausschl. d. Hernien). Von Prof. Dr. L. Wrede.
Chirurgie d. Funktionsstör. d. Dickdarmes. Von Prof. Dr. F. De Quervain.
Chirurgie des Rektums und Anus. Von Prof. Dr. N. Guleke.
Chirurgie der Nebennieren. Von Prof. Dr. K. Henschen.
Chirurgie der weibl. Harnorgane. Von Priv.-Doz. Dr. A Bauereisen.
Chirurgische Nierendiagnostik. Von Prof. Dr. F. Voelcker und Priv.-Doz. Dr. A. v. Lichtenberg.
Chirurgie der Nephritis. Von Prof. Dr. H. Kümmell.
Chirurgie des Nierenbeckens und Ureters. Von Prof. Dr. H. Kümmell.
Endoskopie der Harnwege. Von Prof. Dr. G. Gottstein.
Geschwülste d. Harnblase. Von Prof. Dr O. Hildebrand u. Dr H. Wendriner.
Prostatektomie. Von Prof. Dr. J. Tandler und Prof. Dr. O. Zuckerkandl.
Chirurgie des Hodens und Samenstranges. Von Prof. Dr. Th. Kocher und Priv.-Doz. Dr. A. Kocher.
Chirurgie der Hand. Von Priv.-Doz. Dr. E. Melchior.
Verletzungen der unteren Extremitäten. Von Prof. Dr. C. G. Ritter.

Preis für Abonnenten geh. M. 8.–, in Leinw. geb. M. 10.40.
Einzelpreis geh. M. 9.40, in Leinw. geb. M. 11.80.

NEUE DEUTSCHE CHIRURGIE

BEGRÜNDET VON P. von BRUNS.

HERAUSGEGEBEN VON

H. KÜTTNER in Breslau.

BEARBEITET VON

ALBRECHT-Tübingen, ANTON-Halle, ARNDT-Berlin, AXHAUSEN-Berlin, BAISCH-Heidelberg, BAUEREISEN-Kiel, BECKER-Rostock, BERNHARD-St. Moritz, BIRCHER-Aarau, BORCHARD-Berlin-Lichterfelde (früher Posen), BRAUN-Berlin, BRODMANN-Tübingen, BRÜNINGS-Jena, v. BRUNN-Bochum, BRUNNER-Münsterlingen, BRUNS-Hannover, BURCKHARDT-Berlin, CASSIRER-Berlin, CHIARI-Wien, CLAIRMONT-Wien, DÖNITZ-Berlin, DREYER-Breslau, v. EISELSBERG-Wien, EXNER-Wien, FABIAN-Leipzig, FEHLING-Straßburg, FINCKH-Stuttgart, FRANGENHEIM-Cöln, FRITSCH-Breslau, GLÄSSNER-Berlin, GOEBEL-Breslau, GOTTSTEIN-Breslau, GRASER-Erlangen, GRASHEY-München, GROEDEL-Nauheim, GULEKE-Straßburg, HAASLER-Halle, v. HACKER-Graz, HÄCKER-Essen, HÄRTEL-Halle, HAUPTMANN-Freiburg, HEINEKE-Leipzig, HELBING-Berlin, HENSCHEN-Zürich, HEYMANN-Berlin, HILDEBRAND-Berlin, HINSBERG-Breslau, HIRSCHEL-Heidelberg, HOHMEIER-Marburg, HOLZMANN-Hamburg, HOSEMANN-Rostock, ISELIN-Basel, KAUSCH-Berlin, KEHR-Berlin, KLOSE-Frankfurt a. M., KNOBLAUCH-Frankfurt a. M., TH. KOCHER-Bern, A. KOCHER-Bern, KONJETZNY-Kiel, KRAUSE-Berlin, KRAUSS-Cöln, KREUTER-Erlangen, KÜMMELL-Hamburg, KÜSTER-Berlin, KÜTTNER-Breslau, LAMPÉ-München, LANGE-München, LEVY-Breslau, LEXER-Jena, v. LICHTENBERG-Straßburg, LINSER-Tübingen, LOTHEISSEN-Wien, LUBARSCH-Kiel, MACHOL-Erfurt, MADELUNG-Straßburg, MAYER-Berlin, MAYRHOFER-Innsbruck, MELCHIOR-Breslau, MOMBURG-Bielefeld, MOST-Breslau, MÜLLER-Rostock, MÜLLER-Tübingen, O. NÄGELI-Tübingen, TH. NÄGELI-Zürich, NONNE-Hamburg, NORDMANN-Berlin, PASSOW-Berlin, PAYR-Leipzig, DE QUERVAIN-Basel, RANZI-Wien, REICH-Tübingen, RITTER-Berlin, RITTER-Posen, ROLLIER-Leysin, RUGE-Frankfurt a. O., v. SAAR-Innsbruck, SAUERBRUCH-Zürich, SCHLÖSSMANN-Tübingen, SCHMIEDEN-Halle a. S., SCHÜLLER-Wien, SONNENBURG-Berlin, SPITZY-Graz, STEINMANN-Bern, STICH-Göttingen, STIEDA-Halle a. S., STIERLIN-Basel, TANDLER-Wien, THÖLE-Hannover, TSCHMARKE-Magdeburg, VOELCKER-Heidelberg, WENDRINER-Berlin, WERNER-Heidelberg, WILDBOLZ-Bern, WILMS-Heidelberg, WREDE-Jena, WROBEL-Breslau, ZESAS-Basel, ZUCKERKANDL-Wien.

---

22. Band:

Unfalls- und Begehrungsneurosen.

Von

Prof. Dr. O. NAEGELI in Tübingen.

Mit 2 Textabbildungen.

VERLAG VON FERDINAND ENKE IN STUTTGART.

1917.

UNFALLS- UND BEGEHRUNGSNEUROSEN

VON

PROF. DR. O. NAEGELI
in Tübingen.

MIT 2 TEXTABBILDUNGEN.



VERLAG VON FERDINAND ENKE IN STUTTGART.
1917.

Druck der Union Deutsche Verlagsgesellschaft in Stuttgart.

DEM AUTOR,

DER ZUERST FÜR DIE RICHTIGE AUFFASSUNG DER UNFALLS-NEUROSEN GEKÄMPFT UND SEINE ANSICHT DEZENNIENLANG BIS ZUM SCHLIESSLICHEN SIEGE VERTEIDIGT HAT

GEHEIMRAT PROF. FRIEDRICH SCHULTZE

IN BONN

GEWIDMET



Vorrede.

Eine monographische Darstellung der Unfallsneurosen auf dem Boden heutiger Anschauung fehlt uns. Stark aber sind die Wandlungen, die sich in den letzten Jahren in unseren Auffassungen über Wesen, Bedeutung und Prognose dieser Zustände vollzogen haben. Man darf wohl ohne Übertreibung sagen, daß wir diese früher so gefürchteten Leiden heute in ganz anderem Lichte schauen, seitdem durch eine Reihe sorgfältiger Nachforschungen über das Endschicksal der früher Begutachteten beim System der einmaligen Kapitalabfindung sich die volle Arbeitsfähigkeit und Heilung so gut wie aller früher Kranken herausgestellt hat.

Nie aber ist wohl eine klare, auf breiter Basis stehende Darstellung nötiger denn jetzt, in einer Zeit, in der durch den Krieg so unzählige Probleme der Unfallsneurosen auftauchen müssen; denn die weitgehende Klärung der Unfallsneurosen nach ihrer Bedeutung und ihrem Wesen wirft ihr Licht auch auf die Beurteilung der Kriegsneurosen[1]). Unter allen Umständen muß vermieden werden, daß die unheilvollen pessimistischen Anschauungen, die so lange über das Schicksal der Unfallsneurotiker geherrscht haben, auch auf die Kriegsneurosen übertragen würden.

Die Fortdauer der maßlos übertriebenen Einschätzung leichter nervöser Erscheinungen, wie sie noch vor wenigen Jahren allgemein in der Begutachtung üblich war, könnte geradezu katastrophale Folgen nach sich ziehen, und zwar nicht nur für die Finanzen des Staates, sondern vor allem für das Gesundwerden und die Zufriedenheit seiner Bürger.

Meine eigenen Studien auf diesen Gebieten, die auf vielen Hunderten von Begutachtungen beruhen, gehen mit ihrem Anfange auf 12 Jahre zurück. In dieser Zeit habe ich Gelegenheit gehabt, die hier zu Rede stehenden Fragen von den verschiedensten Gesichtspunkten aus zu prüfen. Dabei ist nicht allein der neurologische Standpunkt im Auge behalten worden, sondern ich habe gesucht, meiner Studie die breiteste Basis der Gesamtmedizin zu unterlegen. In zahlreichen Begutachtungsfällen habe ich die Verbindung mit dem Chirurgen, dem Augenarzt, Ohrenarzt, Irrenarzt gesucht, um von allen Seiten her Anregung und Belehrung zu erfahren. Vor allem aber strebte ich durch ein tieferes Eindringen in die Psychogenese der Unfallsneurosen die breite Grundlage zu gewinnen.

Von besonderem Vorteil war es für mich, daß ich nicht nur die Kapitalabfindung in der Schweiz, sondern ebensosehr auch die Gesetzgebung des

---

[1]) Inzwischen ist die Neurologenversammlung in München in den Referaten von Oppenheim, Nonne, Gaupp und in breitester Aussprache auf diese Probleme eingegangen (siehe Neurol. Zeitschr. 1916, Heft 19). Das Urteil ist in überwältigender Weise im Sinne der Ausführungen dieses Buches ausgefallen.

Deutschen Reiches mit dem Rentenverfahren in all seinen Versicherungszweigen eingehend kennen gelernt habe.

Von allen Seiten tönen die Klagen über die einfach unerträglichen und unhaltbaren Zustände, wie sie auf dem Gebiet der Unfallsneurosen heute vorhanden sind. Indem ich diese Mißstände bis in alle Einzelheiten beleuchte und gleichzeitig diese Krankheiten in ihrer Schwere und Bedeutung auf das richtige Maß zurückführe, hoffe ich, wesentlich zu einer künftigen Besserung beizutragen.

Noch will ich bemerken, daß ich in der ganzen Darstellung peinlichst bemüht war, jede bloß allgemein auf den Eindruck gebaute Behauptung zu vermeiden, und daß auch da, wo Beispiele und Beweise nicht sofort als Belege beigebracht sind. mir solche stets als Ausgang der Ausführungen gegenwärtig gewesen sind.

Auf die Kriegsneurosen will ich hier im allgemeinen nicht eingehen, sondern das bisherige Bild der Unfallsneurosen zeichnen.

Größere Literaturstudien, außer den Werken von Oppenheim und Bruns, habe ich erst in den letzten zwei Jahren, dann allerdings mit, wie ich glaube, weitgehender Vollständigkeit, vorgenommen. Ich wollte vor allem zuerst aus den praktischen Verhältnissen heraus mir ein eigenes, möglichst wenig beeinflußtes Urteil bilden.

Das hier auf breiter Grundlage studierte Gebiet dringt in sehr weite Kreise der heutigen ärztlichen Tätigkeit ein. Es berührt viele Fragen der sozialen Fürsorge, die Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung. Für die heutige Zeit aber, in der nach dem Kriege zweifellos so zahlreiche Entschädigungsansprüche und Begehren vorgebracht werden, wie nie zuvor, erscheint eine feste Basis für den Arzt und Begutachter ganz besonders nötig.

Möge die vielfach scharfe Kritik bisheriger Auffassungen und jetzt noch bestehender unhaltbarer Zustände entschuldigt werden durch die langjährige Einsicht in eines der traurigsten Gebiete der Medizin, und möge jeder aus der Darstellung die Überzeugung entnehmen, daß mich nirgends irgendwelche persönliche und parteipolitische Gesichtspunkte, sondern stets nur das Wohl des Ganzen und aller Kreise des Volkes geleitet haben.

Tübingen, März 1917.

Prof. Dr. O. Naegeli.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorrede XI

Einleitung 1

Grundlage: Psychologie des Alltaglebens im Gegensatz zu bisherigen Ableitungen, die von den schwersten Neurosen ausgingen.

I. **Begriff und Abgrenzung der Begriffe Unfalls- und Begehrungsneurosen** 4

II. **Einteilung der Sammelbegriffe Unfalls- und Begehrungsneurosen.** 6

Gegen die Einteilung in Hysterie, Neurasthenie und Hypochrondrie. Gegen den Wert des Charcotschen Hysteriebegriffes und der kleinen neurologischen Befunde. Kritik der Sensibilitätsprüfungen und der Gesichtsfelduntersuchungen (Charcot, Binswanger, Möbius). Die Folgen solcher Auffassungen sind irrige Diagnosen. Psychische Untersuchung Hauptsache.

a) Encephalosis posttraumatica („Kommotionsneurosen") . 9
b) Hysteriephasen 10
c) Schreckneurosen 11
d) „Eigentliche" Unfallsneurosen und Begehrungsneurosen . . . 11

Beispiele: Schwerste Unfallshysterie. Traumatische Enzephalose. Rentenkampfneurose mit starker Simulation.

III. **Gab es Unfallsneurosen vor dem Inkrafttreten der Unfallversicherungen und gibt es Unfallneurosen ohne Entschädigungsansprüche?** . 25

Literaturangaben über diese Fragen S. 27.

IV. **Vorschlag zu einer psychologischen Nomenklatur in den heutigen Diagnosen auf dem Gebiet der Unfalls- und Begehrungsneurosen** . 31

V. **Parallelen zu den Unfallsneurosen** 32

1. Invaliditätsversicherung. 2. Krankenversicherung. 3. Kuriersucht von Beamten. 4. Kriegsneurosen. 5. Abtreibungswunschneurosen. 6. Rachewunschneurosen. 7. Haftpsychosen.

VI. **Fehlende Parallelen** 41

1. Kinder. 2. Geistig Schwache. 3. Studenten. 4. Offiziere. 5. Sportsleute. 6. Erdbeben. 7. Gewisse Eisenbahnkatastrophen. 8. Kirchweihschlachten. 9. Postoperative Neurosen. 10. Paranoia querulatoria. 11. Keine Neurosen in Gefangenenlagern.

VII. **Aus der Psychologie des Alltagslebens in Hinsicht auf die Entstehung der Begehrungsneurosen.** 46

VIII. **Die spezielle Psychogenese bei den Unfalls- und Begehrungsneurosen** . 49

1. Disposition. 2. Eindruck der Affekte. 3. Schädliche Einflüsterungen (Arzt, Frau, Anwalt, Gesetz, Verfehlungen der Arbeitgeber und Versicherungen). 4. Begehrungsvorstellungen. 5. Prozeß- und Gerichtsschädigungen. 6. Fehler durch Organe der Versicherungen. 7. Unpsychologische Gesetzgebung. 8. Hauptschuld beim Patienten selbst.

a) Schuld des Patienten 53
b) Rolle des Arztes 60
c) Kassen und Versicherungen 62
d) Gerichte und Gesetzgebung 65

Seite

IX. **Historisches zur Auffassung der traumatischen Neurosen bis zu den Monographien von Oppenheim** 67

X. **Die völlige Wandlung unserer Auffassungen über Unfallsneurosen seit 1892 bis heute** 77

a) Organische Affektion aufgegeben. b) Prädisposition anerkannt. c) Begehrungsvorstellungen sind entscheidend. d) Simulation. e) Prognose als günstig erkannt. f) Entwertung der neurologischen Symptome.

XI. **Die Folgen der Überbewertung der Unfallsneurosen. Die finanziellen Lasten** 85

1. Auf die Volksseele 85
2. Für den Arzt . . . 86
3. Finanzielle Lasten 90

XII. **Die Symptome der Unfalls- und Begehrungsneurosen** . . 91

Das psychische Verhalten und dessen Untersuchung 91

Psychischer Befund Hauptsache 91
Stimmung (Suizid und Psychosenfrage) . . . 92
Aufmerksamkeitsspannung und Merkfähigkeit . . . 97
Gedächtnis 98
Orientierung 99
Intelligenz 100
Inhalt der Gedankenwelt. Wille. Prüfung des Willens und der Zuverlässigkeit 101
Affekte und Allgemeinstörungen 109
Besonderheiten der Unfallshysterie. Psychische Störungen aus anderen Quellen (Nervosität, Psychopathie, chronische Intoxikationen) 113

XIII. **Das körperliche Verhalten und dessen Untersuchung** . . . 115

Störungen innersekretorisch-viszeral-nervöser Art . . 116
Herz (Schlagfolge. Irregularität. Herzgeräusche. Verwechslungen mit anderen Herzleiden) 120
Vasomotorische Zeichen und Blutdruck . . . 122
Atmungsstörungen 123
Darm-, Urin-, Potenzstörungen 124
Fieber. Trophische Störungen . . . 125
Störungen der Sensibilität 126
Psychogenese der Sensibilitätsstörungen . . . 135
Störungen der Motilität 136
Reflexe 142
Störungen im Bereich der Sinnesorgane 145

XIV. **Vorkommen und Häufigkeit der Unfalls- und Begehrungsneurosen** . 151

XV. **Die Prognose der Unfallsneurosen** 154

XVI. **Die Frage der Simulation bei den Unfalls- und Begehrungsneurosen** 168

XVII. **Die Taxation der Erwerbseinbuße** 178

XVIII. **Therapie und Prophylaxe** 185

Literatur 189

Einleitung.

Mit der Tätigkeit der privaten Versicherungsgesellschaften und mit dem Ausbau der sozialen Gesetzgebung, der Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung, haben die traumatischen und mit ihnen verwandten Neurosen eine immer größere Bedeutung bekommen. Die eingehende Untersuchung, Begutachtung und kritische Beurteilung auf diesem Gebiete gehört heute zu den häufigen Aufgaben vieler Ärzte, und zwar nicht nur der Chirurgen, sondern der Ärzte in allen Gebieten der Medizin.

Dabei zeigt sich immer mehr, daß die „eigentliche Unfallsneurose", das neugeborene Kind des Versicherungswesens, nur eine Teilerscheinung eines größeren Begriffes, der Begehrungsneurose, darstellt, und daß eine kritische und moderne Darstellung dieses Gebietes zweifellos einseitig und verfehlt wäre, wenn sie sich von vornherein auf das Prokrustesbett der eigentlichen Unfallsneurose beschränkte. Eine größere und solidere Basis ist auch um so nötiger, als ja heute darüber kein Zweifel mehr sein kann, daß der Unfall selbst in der Entwicklung der Unfallsneurose bloß ein Moment darstellt, das sehr oft nur als kleiner Faktor bewertet werden muß.

Meine Darstellung nimmt daher, im Vergleich zu früheren Bearbeitungen dieses Gebietes, gewissermaßen den umgekehrten Weg. Während Oppenheim und Bruns für die Gestaltung und Schaffung des Begriffes ganz begreiflicherweise von der neurologischen Basis schwerer, oder doch für schwer gehaltene Erkrankungen, gewöhnlich nach größeren Unfällen (Eisenbahn!), ausgegangen sind, geht meine Schilderung von der psychologischen Grundlage des gewöhnlichen Lebens aus. Sie erfaßt das Problem in der Volkspsyche des Alltaglebens, in dem Volksempfinden über Entschädigungsansprüche bei Verletzungen und Krankheiten, und legt ganz besonderen Wert auf die Schilderung von Parallelen zu den traumatischen Neurosen, bei denen ein Unfall überhaupt nicht in Rede steht. Es führt das keineswegs zu einer Verflachung des Begriffes, sondern zu einer viel tieferen Erfassung des Problems.

Die Oppenheimsche Auffassung sprach, darüber ist wohl heute nahezu allgemeine Einigung erreicht, dem Trauma selbst eine viel zu große Bedeutung zu. Oppenheim möchte die Erscheinungen der traumatischen Neurose auch heute noch in nicht unwesentlichen Teilen auf organische Veränderungen zurückführen, wobei er freilich nur an ganz feine Veränderungen des Zentralnervensystems denkt. So sehr ich es verstehe, wenn vor 25 Jahren solche Überlegungen berechtigt waren, so unbegreiflich ist es mir und vielen anderen, daß der Autor in neuester Zeit trotz aller anderen Forschungen auf diesem Gebiet glaubt, seine ursprüngliche

Auffassung völlig unverändert festhalten zu müssen. Bei aller Anerkennung der hervorragenden Leistungen Oppenheims für die Neurologie kann doch heute darüber kein Zweifel mehr bestehen, daß die Oppenheimsche Fassung, Erklärung, Prognosestellung der traumatischen Neurosen eine verfehlte war und in der Folgezeit zu den verhängnisvollsten Irrtümern geführt hat. Nirgends zeigt sich das so klar und so unbestreitbar, wie in der heutigen Begutachtung dieser Erkrankungen in bezug auf die Prognose, und ebenso eindringlich lauten die heutigen Urteile der Gerichte, die gegenüber früher zu einem ganz anderen Standpunkt gekommen sind, seitdem die Nachuntersuchungen über das Schicksal der abgefundenen Unfallsneurotiker die durchaus günstige Prognose ergeben haben. Damit ist aber die ganze frühere Auffassung zusammengebrochen, in der die Lehre von der Unheilbarkeit einer einmal voll ausgebildeten Unfallsneurose ohne jede Übertreibung den Kardinalpunkt dargestellt hat.

Die Ursache der früheren unrichtigen Auffassung liegt zur Hauptsache in der außerordentlich starken Überschätzung kleiner neurologischer Befunde für die Begutachtung und namentlich für die Bewertung der Arbeitsfähigkeit, ferner in der zu groben Veräußerlichung des Hysteriebegriffes im Sinne von Charcot und, wie bereits gesagt, in der nicht genügenden Berücksichtigung der Endresultate, die ja freilich in den Staaten mit Renten- statt Kapitalabfindung so ganz besonders schwer festzustellen waren.

Im Gegensatz zu den früheren, eine lange Zeit fast unumschränkt herrschenden Anschauungen wissen wir heute, daß es eigentliche durch den Unfall hervorgerufene Neurosen nicht gibt. Nicht der Unfall an sich erzeugt die Neurose, sondern die weitgehendste übertriebene Bewertung des Unfalles in der Psychologie des Verletzten löst den neurotischen Symptomenkomplex aus. Daß auf dieser Grundlage eine schon vorher bestehende Neurose gesteigert oder eine latent vorhandene ausgelöst werden kann, ist gut zu begreifen; das Gegenteil wäre ja direkt sonderbar. Aber der Unfall ist doch nur ein auslösendes Moment, neben dem viele andere Faktoren die gleiche Wirkung hätten haben können. Der Unfall spielt in diesen Fragen vielfach nur die Rolle einer Phase im Krankheitsverlauf, vergleichbar dem Austritt eines Bruches bei einer Überhebung. Auch in dieser, lange Zeit in der Unfallmedizin sehr umstrittenen Frage wird heute die Bedeutung des Unfalles für die Entstehung der Hernie sehr gering eingeschätzt.

Indem wir aber den Unfall selbst zurücktreten lassen gegenüber all den psychologischen Verhältnissen, die mit dem Unfallgesetz, der Unfallentschädigung und den Unfallentschädigungsansprüchen zusammenhängen, muß notwendigerweise auch die neurologische Auffassung und Betrachtung weit hinter die psychologische zurücktreten. Ich sage die psychologische Auffassung, nicht die psychiatrische, wie von anderen Autoren ausgesprochen worden ist; denn die Unfallsneurosen und die Begehrungsneurosen gehören in das Gebiet der normalen Psyche, wenigstens in der großen Mehrzahl der Fälle. Auch darüber haben die Endresultate der erledigten Entschädigungsneurosen völlige Klarheit geschaffen. Daß bei einzelnen psychopathisch veranlagten Leuten die gewöhnlichen Grenzen überschritten werden, kann nie und nimmer wundernehmen.

Von dieser psychologischen Auffassung aus müssen heute und in Zukunft die traumatischen und Begehrungsneurosen angesehen, begut-

achtet und behandelt werden. Ihre künstlich hochgeschraubte Zahl muß unerbittlich herabgesetzt und die Auffassung von der Schwere dieser Leiden auf das vernünftige und gerechte Maß zurückgeführt werden zum Wohle von Patient und Staat. Vor allem sollen alle leichteren Fälle in bezug auf Geldforderungen abgewiesen oder doch wenigstens durch kleine Abfindung, die nicht Rente sein darf, aus der Welt geschafft werden.

Ich gebe mich der Hoffnung hin, daß dieses Buch wesentlich mit zu diesem Ziele beiträgt, indem es in scharfer aber gerechter Weise die Wandlung unserer Auffassung und die Beweise für die Richtigkeit der jetzigen Anschauung herbeischafft.

Kapitel I.

Begriff und Abgrenzung der Begriffe Unfalls- und Begehrungsneurosen.

W i r v e r s t e h e n u n t e r U n f a l l s n e u r o s e n f u n k t i o n e l l - n e r v ö s e E r s c h e i n u n g e n a l l g e m e i n e r o d e r l o k a l e r A r t n a c h e i n e m T r a u m a.

Es ist offenkundig, daß bei dieser Definition, die den Kausalzusammenhang zunächst gar nicht berührt, sondern offen läßt, nur ein für praktische Zwecke nötiger Sammelbegriff geschaffen werden soll, dessen Zerlegung unsere weitere Aufgabe werden wird. Die Schwere des Unfalls selbst spielt gar keine Rolle. Dagegen ist durch die Definition jedes organische Leiden ausgeschlossen, sofern es durch den Unfall selbst entstanden wäre. Zu bemerken ist aber sofort, daß Kombinationen von organischen und funktionellen Neurosen nach Unfällen nichts Seltenes darstellen und gerade auf dem Boden leichterer organischer Veränderungen irgendwelcher Art sich nervöse funktionelle Störungen anklammern können. Diese Verbindung organischer Leiden leichter Art plus funktionelle Neurose ist geradezu häufig. Schon früher bestehende funktionelle Neurose und Disposition zu solchen Leiden kommen für den Sammelbegriff der Unfallsneurose zunächst auch nicht in Betracht, sind aber bei der Analyse und Begutachtung des Falles eingehend zu berücksichtigen.

Unter Begehrungsneurosen verstehen wir die besondere Betonung und Züchtung funktionell-nervöser Beschwerden bei Versicherten der Kranken- und Invalidenversicherung, der Militärversicherung, aber auch irgendwelcher anderer Leute, die einen gesetzlich begründeten Rechtsanspruch auf Entschädigung erheben können. Solche Begehrungsneurosen sind bis zu einem gewissen Grade durchaus natürlich, und sind Erscheinungen der normalen Psyche, besonders bei affektbetonter Betrachtung. In der Mehrzahl der Fälle sind sie aber unberechtigt übertrieben, gelegentlich sogar künstlich geschaffen und unterhalten aus eigennützigen Beweggründen.

Die beiden Gruppen gehören aufs innigste zusammen, weil dem Unfall selbst bei der richtigen Begriffsfassung der Unfallsneurose nur eine untergeordnete Rolle zukommt und psychische Momente rasch bewußt oder unbewußt, berechtigt oder nicht berechtigt, zur Dominante in der Gestaltung der Neurose sich entwickeln. Gar nicht so selten hat ein Unfall gar nicht stattgefunden und ist gerade noch vermieden worden, oder das Ereignis war an sich so völlig belanglos und so alltäglich, daß weitere Folgerungen nur auf dem Boden des Versichertseins und der Rechtsansprüche ableitbar sind.

Die traumatischen und Begehrungsneurosen sind zweifellos Kinder der Neuzeit und beruhen in ihrer jetzigen Gestaltung auf der Tatsache

des Versichertseins und der Gesetzgebung. Ohne Unfallgesetz gäbe es keine solche Krankheiten, wenn wir davon absehen, daß Schreckneurosen vorwiegend hysterischer Natur, ausgelöst durch übermächtige Ereignisse oder, besonders bei kleinen Unfällen, bedingt durch eine schon vorher vorhandene manifeste oder latente Hysterie, nicht das eigentliche Wesen der heutigen Unfallsneurosen darstellen. Solche Hysterien hat es natürlich jederzeit seit dem grauen Altertum gegeben. An sie denken die Verteidiger der Auffassung, daß auch nicht entschädigungspflichtige Unfälle zu Unfallsneurosen führen können, ohne das Bestehen von Entschädigungsansprüchen. Wir wissen aber heute, daß solche nach Verletzungen und seelischen Erschütterungen auftretende Hysterien ohne das Bestehen irgendwelcher Begehrungsvorstellung meist rasch abklingen. Dies wird später besonders eingehend erörtert werden. Hier sei nur darauf hingewiesen, wie leicht die übergroße Mehrzahl aller Kinderhysterien der Behandluug und Heilung zugänglich ist, wenigstens was die Unterdrückung der äußeren Erscheinungen betrifft, und ich verweise auf das Massenexperiment beim Erdbeben in Messina und Kalabrien, wo ein sehr suggestibles Volk nach Erleidung der schwersten körperlichen und psychischen Schädigungen nach dem Zeugnis aller Autoren (Morselli, Murri, Stierlin) in kurzer Zeit vollständig von den nervösen Folgen sich erholt hat, und zwar, wie die Autoren versichern. gerade deshalb, weil keinerlei Entschädigungsansprüche zu Worte kommen konnten.

Was aber entschieden erst eine Frucht der Neuzeit darstellt, das sind jene Fälle, in denen nach einem fast immer geringfügigen Unfall, ganz selten nach einem schweren (charakteristischer Gegensatz!), anfänglich nervöse Erscheinungen geringfügig waren oder ganz gefehlt haben, dann aber nach der Ausheilung der körperlichen Verletzung Monat um Monat immer stärker hervortreten, den Kranken mürrisch, unzufrieden, häufig querulierend machen, das Verhältnis von Patient zu Arzt vergiften; Fälle, die ferner charakterisiert sind durch völlige Unbelehrbarkeit, durch Verweigerung und Unfruchtbarkeit jeder Therapie, ohne daß jedoch ein anderer Arzt aufgesucht würde, charakterisiert endlich durch das immer stärkere und deutlichere Hervortreten von Entschädigungsansprüchen.

Fälle diesen Charakters und diesen Verlaufes hat es tatsächlich vor dem Inkrafttreten der Versicherungsgesetze nach Unfällen nicht gegeben.

Da, wo Kranken- und Invalidengesetzgebungen nicht bestehen, kommt es auch heute noch nicht vor, daß Leute wegen an sich geringer nervöser Beschwerden, wie gelegentlich Kopfweh, Kreuzschmerzen, Herzklopfen, Gliederschmerzen u. dgl., nicht länger arbeiten zu können behaupten. Selbstverständlich gibt es viele, die je nach ihrer Charakteranlage mehr oder weniger laut und eindringlich klagen, sich vorübergehend auch behandeln lassen, aber das kommt nicht vor, daß sie ihre Arbeit Monate oder gar Jahre vollständig niederlegen und öffentliche Unterstützung beanspruchen und invalide sein wollen, sieht man doch tagtäglich Leute selbst mit schweren hysterischen oder neurasthenischen Erscheinungen trotz ihrer ausgesprochenen Krankheit dauernd oder mit geringen Unterbrechungen ihren Beruf ausüben. Jeder Arzt könnte überzeugende Beispiele aus eigener Erfahrung vorbringen.

Im Gegensatz dazu werden aber die Ärzte der Kranken- und Invalidenversicherungen überlaufen von Leuten mit leichten neurotischen Be-

schwerden, die schon in jüngeren Jahren Invalidenrente besitzen wollen. An dem Vorhandensein von Beschwerden ist in der Regel gar nicht zu zweifeln. Aber durch das Bestehen von Rechtsansprüchen werden die Klagen bewußt oder unbewußt oder beides zugleich so maßlos gesteigert, daß im Endresultat praktisch eben ganz andere Folgerungen herauskommen.

Kapitel II.

Einteilung der Sammelbegriffe Unfalls- und Begehrungsneurosen.

Wenn auch fast jeder Fall von Unfallsneurose seine Besonderheiten aufweist, so gelingt es doch fast stets, ihn in eine der folgenden Abteilungen einzuweisen, die zweifellos einer natürlichen Gliederung entsprechen: Kommotions„neurosen“, Hysteriephasen, Schreckneurosen, eigentliche, sich erst langsam auf Grund von Begehrungsvorstellungen oder Befürchtungen entwickelnde Unfallsneurosen.

Ich halte diese Einteilung für außerordentlich viel logischer und deshalb richtiger und den Kern der Sache treffender als die früher übliche in Unfallsneurasthenie, Unfallshysterie, Unfallshypochondrie und in Mischformen von zwei oder allen drei Unterarten. Die frühere Abgrenzung war in hohem Maße eine willkürliche und fließende. Im Grunde genommen lief die Sache darauf hinaus, daß die meisten Ärzte die Fälle mit Gefühlsstörungen, aufgehobenem Rachenreflex (!), konzentrischem Gesichtsfeld (!), dann natürlich auch diejenigen mit funktionellen Lähmungen oder Kontrakturen der Hysterie zuteilten. Waren aber solche Symptome nicht nachweisbar, so wurde die Beobachtung der Neurasthenie zugesprochen, und für die Hypochondrie blieben nur wenige Fälle übrig, in denen hypochondrische Klagen stark dominierten.

Nun ist aber der Wert der Gefühlsstörung bei der Hysterie mit der kritiklosen Anerkennung des Charcotschen Hysteriebegriffes maßlos übertrieben worden.

Ich bitte nur bei Binswanger (Die Hysterie 1904) zu lesen, wie eine solche Sensibilitätsprüfung angestellt werden müsse:

S. 182: „Der Nachweis der hysterischen Anästhesie ist keineswegs so leicht“, wegen ihrer außerordentlichen Unbeständigkeit (!). Bei verschiedenen Untersuchungen sind die Befunde wechselnd und widerspruchsvoll, so daß Ungeübte an Täuschung denken. „Bald findet man keine oder nur vereinzelte, äußerst beschränkte anästhetische Stellen, bald ist die Anästhesie ausgedehnter, auf eine oder beide Körperhälften flächenhaft verbreitet, bald ausgeprägte Hemianästhesie.“ Dieser „kapriziöse Charakter“ erstreckt sich auch auf die Intensität des Befundes. Es sind daher mehrfache Untersuchungen nötig. „Ein einmaliger negativer Befund beweist gar nichts“, selbst wenn der ganze Körper einer genauen systematischen Untersuchung unterzogen wird. „Wir halten diese Bemerkungen nicht für überflüssig im Hinblick auf die enorme Bedeutung, welche die Feststellung einer hysterischen Empfindungsstörung bei forensischen Fällen und bei den Unfallskranken besitzt.“

Wir, die wir heute auf die Sensibilitätsstörungen der Hysterie nur einen minimalen Wert legen, im Gegensatz zu dem allein wertvollen Befund der hysterischen Psyche, und die wir seit Bernheim, Strümpell, Bötticher, Babinski und vielen anderen diese Anästhesien als suggestive Artefakte (die Suggestion liegt sogar gar nicht so selten beim Arzt und nicht einmal beim Patienten!) ansehen, können doch wohl unser Erstaunen über diese Binswangersche Bewertung der Sensibilitätsstörungen nicht unterdrücken.

Eine systematische Sensibilitätsprüfung des ganzen Körpers erfordert mindestens mehrere Stunden. Und das soll zur Feststellung einer Störung, die man nachher als von kapitaler Bedeutung hinstellt, noch nicht hinreichen! Immer und immer wieder soll man suchen, bis man schließlich einige flüchtige, inselförmige oder gelegentlich auch größere Anästhesien „entdeckt". Kann man wirklich die an einem „guten Zeugnis" so stark interessierten Unfallskranken nicht begreifen, wenn sie auf alle diese stundenlangen Untersuchungen nach der gleichen Richtung, die zudem in der Mehrzahl der Fälle ziemlich plump und ungeschickt suggestiv ausgeführt wurden, nun schließlich da und dort Unterschiede der Empfindung angeben, da sie doch merken müssen (falls sie es überhaupt nicht schon vorher wissen!), worauf es dem Arzt ankommt! Kann es überhaupt eine größere Suggestion geben, als eine solche Serie von so lange dauernden Sensibilitätsprüfungen nach kleineren Gefühlsunterschieden! Wen kann es in Erstaunen versetzen, daß anfänglich nicht vorhandene, dann als leichte Unterschiede bemerkbare Abweichungen schließlich durch immer weitere „systematische" Untersuchungen vergrößert und psychogen konstruiert werden?

Doch über all das wird später noch viel eingehender gesprochen werden müssen. Hier genügt der Hinweis, durch welches Inquisitionsverfahren am Ende das herauskommt, was man wollte. Hat doch auch Möbius den für seine Auffassung der traumatischen Neurosen charakteristischen Satz geprägt: „Die genaue Prüfung der verschiedenen Arten der Sensibilität ist eigentlich die Hauptsache."

Durch solche Forderungen wird aber für die Untersuchung und Bewertung der Neurosen und ganz besonders der Unfallsneurosen das Wichtigste des psychischen Befundes in den Hintergrund gedrängt und das Kleine und Kleinlichste zur Hauptsache gestempelt. Die Folgen davon sind außerordentlich verhängnisvoll geworden.

Noch fast schlimmer steht es mit dem konzentrischen Gesichtsfeld für die Beweisführung der Hysterie, ein Zeichen, das heute, wenn überhaupt, so doch ganz sicher nur noch einen äußerst geringen Wert beanspruchen darf. Ich werde auch das später eingehend ausführen, kann aber schon an dieser Stelle zwei Beispiele mit den Folgen solcher Auffassungen nicht unterdrücken:

42jähriger Lokomotivführer zeigt nach einem Eisenbahnzusammenstoß, von dem aber von den Zugsinsassen niemand etwas bemerkt hatte, bei der Krankenhausbeobachtung allgemein nervöse Zeichen, vor allem aber Gangstörung (aber diese sei offenkundig übertrieben), Babinski (!) und konzentrisches Gesichtsfeld. Auf Grund dieses letzteren, als sicher und nicht simulierbar erklärten Befundes wird alles andere vernachlässigt und wird eine traumatische Neurose mit 50 % E.E. (Erwerbseinbuße) angenommen. Nach Aus-

zahlung sei der Mann in einem Jahr gesund. Er erhält 4500 Fr. durch Vergleich während der Gerichtssitzung, starb aber schon 2 Jahre später unter ständiger Zunahme seiner Beschwerden und bald eintretender völliger Arbeitsunfähigkeit an syphilitischer Spinalparalyse.

40jähriger Mann, schon früher eigenartiges weibliches Benehmen, besonders affektierte Stimme. Seit einigen Wochen unter zahlreichen „nervösen" Beschwerden erkrankt. Dabei mäßige Blutarmut. Kein sicherer organischer Befund. Dennoch entschied ich mich nach eingehender Untersuchung mit Sicherheit für schwere organische, wenn auch zunächst noch nicht erkennbare Affektion. Von anderer Seite wird eine Analgesie der Lumbalgegend gefunden und deshalb reine Hysterie diagnostiziert.

Nach wenigen Wochen Exitus, wie der behandelnde Arzt annimmt, an akuter Leukämie.

Wenn ich nun sage, daß in beiden Fällen Universitätsprofessoren auf Grund der Sensibilitäts- und Gesichtsfeldstörung Hysterie angenommen haben, so kann man sich wohl ein Bild machen, wohin derartige Überschätzungen kleiner neurologischer Befunde erst in der allgemeinen Praxis führen müssen!

Das bisher Gesagte dürfte genügen. Es geht einfach nicht an, sich die Diagnose Unfallshysterie oder -Neurasthenie so leicht zu machen durch die Feststellung von so unerheblichen, schwankenden und nicht den Kern der Sache treffenden Befunden wie Sensibilitätsstörung und Gesichtsfeldeinschränkung.

Mit der Annahme Unfallsneurasthenie hat es übrigens auch sein besonderes Bewenden. Die Neurasthenie ist charakterisiert durch die rasche körperliche und geistige Ermüdbarkeit. Nun zeigen aber die Befunde von Plaut mit den psychologischen Untersuchungsmethoden von Kraepelin (Additionsprüfungen), daß die Unfallsneurotiker keine abnorme Ermüdung darbieten, manche waren sogar weniger ermüdbar als Gesunde. Die Willensanspannung (aus den Kurven ersichtbar) war gering oder null! Die Ergebnisse sind nach Plaut: Geringe Leistungsfähigkeit, geringe Übungsfähigkeit, geringe Ermüdbarkeit, Fehlen ausgeprägter Willenswirkung. Also die Leute strengen sich nicht an, wollen nicht oder können nicht, zeigen deshalb auch keine Ermüdung und keine vermehrte Übungsfähigkeit.

Das ganz gleiche Ergebnis wird jeder gute, psychologisch beobachtende Begutachter Tag für Tag bei der Mehrzahl seiner Unfallsneurotiker, vor allem eben bei den eigentlichen Unfallsneurosen feststellen können; sie sind zu keiner ernsthaften Arbeit zu bringen, und damit ist eine Ermüdbarkeit auch gar nicht feststellbar. Alle anderen Zeichen der Neurasthenie (Herzklopfen, Zittern, Schlaflosigkeit, leichte Reizbarkeit u. a.) sind aber zu allgemein und viel zu wenig charakteristisch, als daß sie an sich die Diagnose ermöglichten. Unfallsneurasthenien sind deshalb bei richtiger moderner Fassung des Begriffes Neurasthenie, z. B. im Sinne von Kraepelin und Gaupp, nie anzunehmen. Darin liegen die Gründe, warum ich der Klassifikation in Unfallsneurasthenie, Hysterie und Hypochondrie nicht mehr zu folgen vermag.

Ganz ähnlich verhält es sich auch mit der Unfallshypochondrie. Schon die Existenz einer selbständigen Neurose Hypochondrie ist ja fast allseits bestritten. Hypochondrisch querulatorische Züge findet man nun bei den meisten eigentlichen Unfallsneurosen, und zwar oft sehr aus-

gesprochen. Sie sind aber fast ausnahmslos großgezogen und fixiert durch die stetige Beschäftigung mit dem Leiden und vor allem mit den Entschädigungsforderungen. Geradezu zauberhaft schnell verschwinden hypochondrische Züge mit einer definitiven Erledigung, womit doch ohne weiteres erwiesen ist, daß sie von den echten Neurosen mit hypochondrischen Erscheinungen stark verschieden und daher zu trennen sind.

Eine wirkliche Neurose mit hypochondrischen Zügen braucht für ihren Ablauf Zeit, und zwar meist recht viel Zeit. Hier aber, bei Unfallsneurosen, zeugt „die unanständig rasche Geldheilung“ dafür, daß eine noch in die normale Breite gehörende Klagsucht irrigerweise durch Überschätzung von seiten des Arztes oder durch Aggravation des „Patienten“ als krankhaft gedeutet worden war.

Diese von vielen Begutachtern seit langem vertretene Auffassung hat besonders der Psychiater Reichhardt überzeugend zum Ausdruck gebracht.

Gewiß ist zuzugeben, daß in einzelnen Beobachtungen das Querulatorische so stark hervortritt, daß man von eigentlicher querulatorischer Psychose gesprochen hat. Man darf wohl sagen, ausnahmslos sind es dann Fälle, die durch jahrelanges Prozessieren, durch oft einander widersprechende Begutachtungen und Urteile zu psychotischen Zuständen gekommen sind, wobei meist auch die Charakteranlage von vornherein oder wie sehr oft durch Alkoholismus einen psychopathischen Grundzug besaß, der jetzt durch all die psychischen Traumata mächtig gefördert werden konnte. Eigentliche querulatorische Psychosen, die z. B. auch nach Erledigung aller Ansprüche durch Kapitalabfindung ganz oder ziemlich unverändert weiter bestehen, dürften indessen mindestens sehr selten sein, so daß in der Mehrzahl der Fälle doch Artefakte durch zu lang dauernde Prozesse und übermäßige Begehrungsvorstellungen vorliegen. Ich gebe aber zu, daß gerade diese Frage vielleicht noch zu wenig eingehend studiert und mit Dauerbeobachtungen belegt ist. Darüber indessen kann freilich kein Zweifel bestehen, daß durch zahllose Untersuchungen und Krankenhausbeobachtungen, langdauernde Prozesse, einander widersprechende Begutachtungen der Charakter der Leute außerordentlich geschädigt werden kann und sie in hohem Grade minderwertig werden, auch ohne daß gerade eine ausgesprochene Psychose entstehen müßte. Dies wird um so leichter dann zustande kommen, je mehr die Leute von vornherein ethisch minderwertig sind.

Die traumatischen Psychosen scheide ich hier von einer Besprechung aus und verweise auf die neueste Bearbeitung durch Schröder (1915) in dieser Sammlung.

Im Gegensatz zu der bisher besprochenen älteren und durchaus unzweckmäßigen Einteilung der Unfallsneurosen bürgert sich die folgende Einteilung immer mehr ein:

a) Kommotions„neurosen“ nach Schädelverletzungen.

Selbstverständlich sind dabei auch eigentliche Verletzungen des Gehirns entstanden, jedoch nicht so lokalisierte und ausgedehnte, daß der organische Charakter des Leidens ohne weiteres klar wäre. Im Grunde genommen gehört selbstverständlich die Kommotions„neurose“ als organischer Natur

durchaus nicht zu den Neurosen, und es sind lediglich praktische klinische Gesichtspunkte und die häufige Verwechslung mit wahren Neurosen, die mich zwingen, auch dieses Gebiet bis zu einem gewissen Grade zu besprechen. Das Charakteristische dieser Gruppe liegt in dem Vorherrschen eigentlicher zerebraler Symptome, so einer Gedächtnisschwäche, die eine wahre wirkliche Gedächtnisabnahme ist und nicht nur auf Unaufmerksamkeit und verminderter Aufnahmefähigkeit, infolge psychischer Ablenkung und Beschäftigung mit dem Kranksein, beruht. Dann treten Kopfschmerzen und Schwindel weit stärker und ausgesprochener in Erscheinung und sie drängen sich auch dem Beobachter viel stärker auf als bei den Neurosen, bei denen die Klagen über Kopfweh und Schwindel meist in starkem Mißverhältnis stehen zu dem, was aus dem allgemeinen Verhalten des Patienten zu entnehmen ist. Mit der Zeit tritt auch eine allgemeine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit deutlich in Erscheinung, besonders in bezug auf rasches Erfassen, gewandtes Auftreten, Energie und Ausdauer.

Zum Unterschied von eigentlichen Unfallsneurosen ist die Kommotions„neurose“ sofort nach dem Unfall stark ausgeprägt. Bei durchaus zuverlässigen Leuten kann man sehen, daß in der Mehrzahl der Fälle alles, bei einer Minderzahl manches im Laufe der Zeit zurückgeht, anderes freilich hartnäckig fest bleibt, wie besonders Kopfweh und Schwindel. Bei manchen Versicherten kommen funktionelle Begehrungsneurosen zu der organischen Kommotio und ihren Erscheinungen hinzu.

b) Hysteriephasen nach Unfällen aller Art.

Ich möchte den Ausdruck Hysteriephase vorschlagen, um das Vorübergehende der Erkrankung besonders scharf zu betonen und die Prädisposition gleichzeitig nahe zu rücken, die in vielen Fällen ganz unzweifelhaft die Hauptrolle spielt und um so eher und stärker anzunehmen ist, je geringfügiger das Trauma selbst beschaffen war. Bei schweren, die Psyche ungemein erregenden Unglücksfällen sieht man aber Hysterie auch ohne vorher erkennbare hysterische Disposition zum Ausbruch gelangen. Bei dieser Erkrankung finden wir gewöhnlich sehr rasch nach einem Unfall alle Erscheinungen der hysterischen Gesamtpersönlichkeit und Psyche, die enorme Suggestibilität, besonders gegenüber Affekten, das Auftreten hysterischer Lähmungen und psychogener Kontrakturen, hysterischer Anfälle und Dämmerzustände, besonders auch das Vorbringen zahlloser und immer wieder neuer Klagen. Die Möglichkeit, Entschädigungsansprüche vorzubringen, wirkt außerordentlich begünstigend für die weitere Entwicklung und vor allem auf die Dauer des Leidens. Dabei sind die Begehrungsvorstellungen sehr oft von der Umgebung eingehämmert, gar nicht selten entspringen sie aber auch dem eigenen Wunsch des Verletzten.

Solche Hysteriephasen sind auch bei den reinen Begehrungsneurosen ohne jedes Trauma recht häufig. Auch hier wird außerordentlich oft unbewußt oder bewußt das Krankheitsbild weiter gepflegt und konserviert. Insofern aber handelt es sich um eine Phase hysterischer Reaktionen, als mit der Zeit der Ablauf der Symptome zu erwarten ist, soweit sie durch den Unfall ausgelöst waren.

c) Die Schreckneurosen.

Während bei der vorstehenden Gruppe ein schweres psychisches Trauma anfänglich nicht vorhanden zu sein brauchte und alle Angst- und Schreckenserscheinungen sowohl im Krankheitsbilde wie in den Klagen zurücktreten, spielt hier Schreck und Angst die Hauptrolle. Der große Affekt kommt, teilweise im Gegensatz zur Gruppe b), nicht zur Ruhe und schafft oft weitere Symptome noch nach längerer Zeit. In den Klagen wird das furchtbare Ereignis ganz besonders ausgemalt. Es blaßt nicht ab, sondern gewinnt an neuen Zügen. Auch im klinischen Bilde verraten die Gesichtszüge, das Benehmen, die Unruhe, das Zittern, oft schon auf den ersten Blick den alles beherrschenden Affekt. Treten Begehrungsvorstellungen hinzu, so wirken sie natürlich auf das Anhalten und die Verschärfung aller Krankheitszüge wesentlich ein. Man kann dann mitunter sehen, daß eigentlich der Affekt doch allmählich im Abnehmen begriffen ist und künstlich hochgehalten werden muß und oft im allgemeinen Benehmen nicht mehr deutlich zum Ausdruck kommt.

Die meisten Schreckneurosen gehören zu den hysterischen Reaktionen. Ich vertrete aber entschieden die Ansicht, daß ein Teil noch in die normale Breite psychischer Schwankungen zählt.

d) Die „eigentlichen“ Unfallsneurosen

unterscheiden sich zunächst von den unter a) bis c) geschilderten Krankheitsbildern dadurch, daß sie in der ersten Zeit nach der Verletzung noch nicht stark hervortreten, sondern erst allmählich verstärken sich kleine nervöse funktionelle Beschwerden mehr und mehr, und werden nie besser, sondern „immer schlimmer“, z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Herz- und Atembeschwerden, Schlaflosigkeit, Abnahme der Kraft und der geistigen Fähigkeiten. Mehr und mehr treten auch die Begehrungsvorstellungen, bald verborgener, bald in unglaublicher Nacktheit in den Vordergrund. Es werden andere Patienten zitiert, bei denen nach dem Unfall auch alles sich so entwickelt habe und unheilbar geblieben sei. Frägt man indessen nach den Namen dieser Kronzeugen, so können diese Leute geradezu nie genannt werden (Naegeli), und doch werden sie als die Hauptzeugen angerufen. Die Höhe der Rente oder der Kapitalabfindung bildet einen häufigen Unterhaltungsgegenstand. Die Umgebung, vor allem die Frau, spielt eine außerordentliche Rolle und übernimmt gar nicht selten selbst die Klagerede.

Der Kranke wird mürrisch, mißtrauisch, sieht sich ungerecht behandelt von Versicherung, Berufsgenossenschaft oder Gericht; je nach seinen Charakteranlagen benimmt er sich apathisch depressiv, oder erregt gereizt und aufbrausend, fast immer aber mehr oder weniger querulierend und bleibt vollständig unbelehrbar und ablehnend. Die vorgebrachten Beschwerden knüpfen sich lokal an die vom Unfall getroffene Körperstelle an, allmählich kommen jedoch auch Klagen allgemeiner Natur dazu.

Unter der Herrschaft der Rentenentschädigung wird eine Heilung oder auch nur Besserung in den allerseltensten Fällen oder doch erst spät

nach Jahren zugegeben. Nach definitiver Erledigung bei Kapitalabfindung oder gerichtlicher Abweisung aller Ansprüche sieht man die große Mehrzahl sofort wieder oder nach kurzer Anstandspause in voller Beschäftigung, gewöhnlich an der früheren Stelle, und Nachforschungen über die Dauerresultate ergeben, daß die Leute nachher jahraus jahrein ihre Arbeit wie alle Gesunden verrichten, den gleichen Lohn beziehen, die Lohnsteigerung mitmachen und niemals einen Arzt konsultieren.

Ich vertrete mit Entschiedenheit die Auffassung, daß diese Gruppe Artefakte der Begehrungsvorstellungen auf dem Boden der heutigen Gesetzgebung darstellen und kann höchstens zugeben, daß die Klagen sich an ganz geringfügige, oft mit dem Unfall in gar keinem Zusammenhang stehende und die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkende Beschwerden anklammern. Es handelt sich hier also im wesentlichen um reine Begehrungsneurosen. Sie unterscheiden sich auch in keiner Weise von den anderen Formen der Begehrungsneurosen, die sich bei der Kranken- und Invalidenversicherung zeigen, und die ich gleich in den Parallelen zu den traumatischen Neurosen schildern werde.

Ich möchte hier gleich typische Beispiele einschalten, die ich eben begutachtet habe und die in geradezu klassischer Form die Unterschiede hervorheben, die zwischen den Affektionen der Gruppe a) gegenüber den Erscheinungen bei Gruppe d) bestehen. Dazu will ich dann gleich noch ein Beispiel für die Gruppe b) setzen.

Schwerste Unfallhysterie.

34jähriger Handlanger, A. K., stammt aus einem der höchsten Alpentäler, wo er zwei Häuser hat.

Unfall 7. Juni 1909. Überhebung beim Heben eines etwa 100 kg schweren Steines zu dreien. Stieß Schrei aus, sank vorwärts zusammen. Sofort Klagen über Schmerzen im Rücken. Arbeitete aber noch weiter, führte einige Stoßkarren Schutt fort. Hörte dann aber wegen starker Schmerzen mit der Arbeit auf. Als fleißiger, solider, stets gesunder, beliebter Mann von der Behörde bezeichnet.

Arztzeugnis 8. Juni 1909: Lumb. traum. starke Schmerzen, Schwellung und Härte der Lendenmuskulatur. Heilungsdauer 8—14 Tage.

Arztzeugnis 18. Juni 1909: Nachträglich sind Suggillationen in der Lendengegend beobachtet worden. Heilung wird noch 10—14 Tage gehen.

8. September 1909, Spitalarzt: Es besteht R ü c k e n m a r k s l e i d e n mit deutlichen motorischen und weniger deutlichen sensiblen Störungen der Beine. Prognose unbestimmt. Parese der Beine. Meteorismus. Schwierigkeiten der Harnentleerung. Hartnäckige Verstopfung.

Vertrauensärztliche Begutachtung 28. Oktober 1909: Geht nach allmählicher Besserung langsam an Krücken. Betasten der Wirbelsäule schmerzhaft, nicht jedoch bei Ablenkung. Bewegung der Wirbelsäule beschränkt, langsam, schmerzhaft. Keine Atrophie der Beine, aber links schlaffe Muskeln. Motilität scheint sich zu bessern. Gestrecktes Bein wird rechts kaum, links nur leicht gehoben. Kraft sehr vermindert, besonders links. Vom unteren Drittel des Unterschenkels an Sensibilität vermindert, am Fuß gleich Null, alles links stärker wie rechts. Haut- und Sehnenreflexe vorhanden! Patellarsehnenreflex beiderseits sehr gesteigert.

Diagnose: Wirbelsäulen- und Rückenmarksverletzung wegen Paresen, Verstopfung, Blasenstörung, Sensibilitätsstörung und Reflexsteigerungen. Man könnte an Simulation oder Hysterie denken, aber hysterische Zeichen

fehlen, und man simuliert nicht Reflexsteigerung! Ursache: Blutung im Rückenmark. 3 Monate E.E., bleibender Nachteil möglich.

Spitalarzt 11. März 1910: Befinden eine Zeitlang besser, brauchte nur noch eine Krücke. Jetzt wieder heftiger Meteorismus, Urin- und Kotverhaltung, Appetit ganz verloren. Gürtelschmerz, Abmagerung, Depression, Unmöglichkeit zum Gehen.

Ende März 1910: Kruppöse Pneumonie durchgemacht.

3. Juni 1910: Allgemeine Schwäche. Auffällig starkes Zittern in Armen und Beinen. Schlechtes Aussehen. Schwer kranker Eindruck. K. sei überzeugt, nie mehr gesund zu werden und erwartet etwa 25 000 Fr.

2. Juli 1910 Begutachtung durch zwei neue Experten. Klagen: Kopfweh, Nackenschmerzen, Druckempfindlichkeit des IV. Lendenwirbels, etwas geringere des III. und IV. Brustwirbels. Hier auch bei Bewegungen Schmerzen. Wirbelsäule bei Bewegung überall schmerzhaft. Gang gebückt und äußerst vorsichtig an zwei Stöcken. Es fehle mehr die Kraft als daß der Schmerz Ursache wäre. Sensibilität jetzt ganz normal. Im Liegen Beine leicht beweglich. Linker Schenkel und linke Wade deutlich abgemagert. Alle Reflexe gesteigert. Es besteht Fußklonus. Immer Verstopfung, spärliche Urinentleerung. Nirgends Kontrakturen. Röntgenbilder normale Verhältnisse. K. sei vertrauenerweckend und kein Simulant. Es liege Distorsion der Wirbelsäule vor. Prognose zweifelhaft. Vorschlag 30—35 % Invalidität.

Begutachtung 18. Juli 1910: Auf Einwand des Gesellschaftsarztes, daß ein Muskelzug eine Blutung im Rückenmark nicht machen könne: Das sei schon richtig, vielleicht liege aber gleichzeitig krankes Gewebe vor, vielleicht ein Tumor oder Syphilis oder Tuberkulose (!!).

K. liegt seit 10 Tagen wieder im Bett.

Spitalarzt 25. August 1910: „K. wird stets kränker; kann das Bett nicht verlassen, ist ganz kraft- und willenlos, ißt sehr wenig, und lange kann ein solcher Zustand nicht mehr andauern."

Eigene Beobachtung 21. September 1910: Bei eingehendster Prüfung in der ganzen Familie keine Nervenleiden. Bisher stets gesund. Den Militärdienst regelmäßig bis zum 32. Jahr geleistet. Schilderung des Unfalles K. konnte nach eigenen Angaben nach dem Unfall auf den Bahnhof laufen, etwa 3—5 Minuten weit, wenn auch langsam und unter konstanten Schmerzen. Ging abends selbst zum Arzt, nachdem der Unfall morgens 8 Uhr geschehen war. Sofort nach dem Unfall starke Verstopfung (lag im Bett). Urin ging gut. K. hielt die Sache anfänglich selbst nicht für schlimm, fühlte sich aber elend und schwach. Nach 5 Tagen kam eine fünffrankenstückgroße, blutunterlaufene Stelle am Rücken zum Vorschein. Ging am 23. Juni 1909 am Stock zum Bahnhof, brauchte aber für das Erreichen des Krankenhauses in Brig ein Fuhrwerk.

Jetzige Klagen: Fühlt sich ganz elend und matt. Spüre, daß er nicht mehr lange leben könne. Von Unheilbarkeit der Krankheit überzeugt. Bringt dafür Beispiele anderer, die sich das Kreuz gebrochen haben. Bestimmte Namen kann er freilich nicht vorbringen. Bei Drehung krache es in der Wirbelsäule. Er und ein Mitpatient sehen darin den Beweis, daß die Wirbelsäule gebrochen ist. Kreuzschmerzen bei allen Bewegungen, aber schon in der Ruhe, deshalb müsse er alle paar Minuten seine Lage im Bett ändern! Vom Kreuz an steigen die Schmerzen längs der Wirbelsäule bis in den Kopf und die Schläfen. Besonders heftig spannende Schmerzen auch im Genick. Eigentliches Kopfweh nie. Aufsitzen im Bett mache besonders starke Schmerzen in Kreuz und Wirbelsäule. In den Beinen seien nie Schmerzen dagewesen. Gang also nur wegen Kreuzschmerzen so erschwert. Nur an den Sohlen Ameisenlaufen und eine Art Herunterrieseln. Selbst im Bett bestehe zeitweise Schwindel. Appetit sei sehr klein. Alle Nahrung widerstehe ihm. Zeitweise komme es

zum Erbrechen, häufiger noch zu Brechreiz. Leibschmerzen beständig, am meisten in der Nacht. Der Leib sei häufig aufgetrieben. Schlafe nur ganz wenig (was auch Mitpatienten versichern). Gewicht: stark abgemagert nach Aussage aller (ist aber nie gewogen worden!).

Die Kraft fehle im ganzen Körper, auch in den Armen. Zittern bestehe seit dem Unfall. Beim Lesen rasche Ermüdung und Verschwimmen der Buchstaben. Sprache sei leise und weich geworden gegenüber früher. Herzschmerzen sind vorhanden, am Leib Gürtelgefühl; dabei wird der ganze Unterleib gezeigt. Urin: zeitweise Brennen. Stuhlverstopfung. Arzt und Krankenschwester bezeichnen das Benehmen als vollkommen geordnet, ruhig und zutrauenerweckend. K. halte sich für rettungslos verloren, hoffe aber doch wieder, daß er gerettet werde. Beim Besuch der Frau sei K. ruhig, er trage eben sein tödliches Leiden mit stoischer Geduld.

Über die Versicherung hätte er sich noch nicht viel Gedanken gemacht, doch halte er für billig, daß er so viel Geld bekomme, um davon leben zu können, bis sein jüngstes Kind erwerbsfähig sei. Einen Anwalt habe er nicht. Er verlange eben den Taglohn, solange er nicht arbeite und habe ihn auch regelmäßig bekommen.

Befund: Groß, sehr kräftig. Aussehen schlecht, auffällig blaß. Liegt fast immer in rechte Seite geneigt; zieht alle paar Minuten mit beiden Händen an dem Heber über seinem Bett an, um seine Lage zu ändern, besonders um das Kreuz anders zu legen! Dabei konstant schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes und hörbares Stöhnen.

Gesichtsausdruck matt, deprimiert, leidend. Benehmen geduldig, ruhig, willig. Man hat gleich den Eindruck voller Wahrheitsliebe. Von Übertreibung nichts in den Darstellungen, sondern Bestreben, peinlich genau alles der Wahrheit gemäß zu sagen, namentlich zu unterscheiden, was sicher ist, was er bloß glaubt oder gehört hat.

Intelligenz gut. Gedächtnis völlig normal. Auffassungsvermögen und Wiedergabe gut. Sprache normal.

Ganzer Körper fast beständig in allgemeinem grobem Zittern. Dazu Muskelwogen, besonders an den Armen. Hirnnerven und Kopf nichts Besonderes bei eingehender Prüfung, nur hie und da ein Zucken im Gesicht. Kornealreflex beiderseits sehr schwach. Innere Organe ganz normal. Tonus 110 mm Hg. Puls sehr wechselnd in der Zahl, bei verschiedenen Zählungen Werte zwischen 102 und 120. Puls klein, weich. Temperatur seit vielen Monaten normal. Urin normal. Hb. 100 %. Rote: Zahl nicht vermindert. Weiße 4500. 45 % Neutrophile, $2^1/_3$ Eosinophile, $45^2/_3$ Lymphozyten. Mikroskopisches Blutbild ganz normal. Wenig Plättchen.

M o t i l i t ä t: Im Bett sind alle Bewegungen möglich, aber alles geht mit minimaler Kraft. Dynamometerwerte null. Muskeln etwas welk. Heben der Beine geht, auch Beugen, aber sehr geringe Kraft gegen Widerstand. Nirgends lokalisierte Abmagerung. Vorderarmumfang beiderseits 20 cm, Unterschenkel rechts 30,4, links 29,5—30,0. Oberschenkel 10 cm unterhalb der Patella rechts 38,0, links 37,0. Keine fibrillären Zuckungen. Das Zittern ist ein allgemeines Schütteln. Keine Spasmen.

Gang an Krücken, Haltung dabei stark nach vorn gebückt. Schiebt sich jetzt zwischen den Krücken langsam vorwärts, ohne die Beine zu benützen. Auf Aufforderung ohne Krücken, aber mit Unterstützung zu gehen, schiebt er jetzt langsam einen Fuß nach dem anderen vor. Er setzt mit vollem Fuße auf ohne Zittern und ohne Spasmen, klagt auch nicht, außer über Kreuzweh.

Eingehendste Prüfung der Sensibilität ergibt nirgends an den Beinen oder sonstwo irgendwelche Unterschiede zwischen rechts und links, mit Ausnahme der Lenden und des Bauches, wo erhöhte Empfindlichkeit besteht, und zwar für jede Art der Berührung. Dies bleibt aber ganz beschränkt auf das Gebiet zwischen unterem Rand des Brustkorbes und den Schenkel-

beugen und entsprechend am Rücken. Hier ist die Empfindlichkeit am größten über der Wirbelsäule und den anliegenden Teilen und nimmt nach der Seite zu ab.

Alle Wirbel, besonders aber die Kreuzwirbel stark empfindlich: Bild der Spinalirritation. Die Überempfindlichkeit ist nirgends scharf begrenzt. Trizeps- und Periostreflexe an den Armen bald lebhaft, bald normal. Bauchreflexe alle da und normal stark. Patellarsehnenreflex sehr stark, kein Klonus. Achillessehnenreflex sehr stark. Beiderseits starker Fußklonus. Pathologische Reflexe fehlen gänzlich. Nervenstämme nicht druckempfindlich. Ataxie fehlt. Keine Dermographie, aber öfters starker Wechsel zwischen blassem und gerötetem Kopf und ähnlich auch an Armen und Beinen. Elektrische Untersuchung ergibt überall völlig normale Verhältnisse.

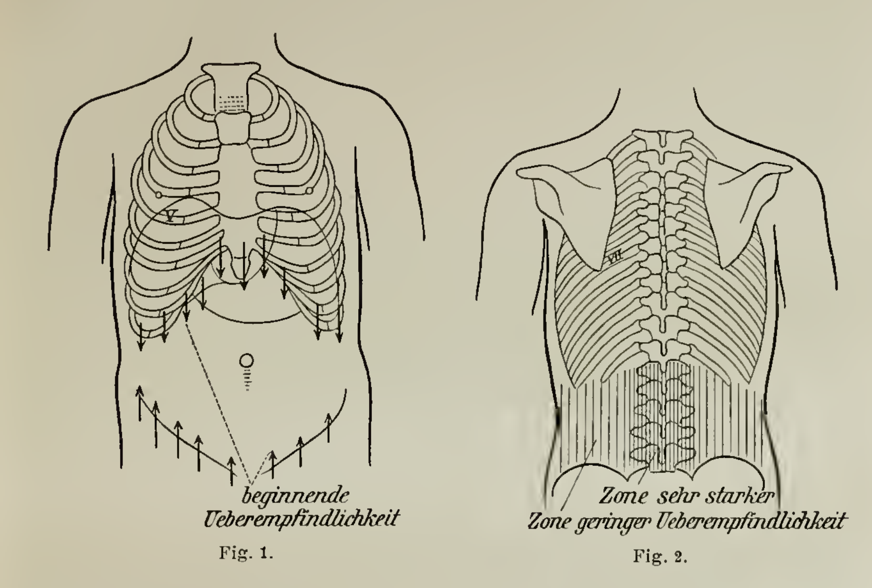


Fig. 1. Fig. 2.

Diagnose: Hysterie. Verletzung der Wirbelsäule ausgeschlossen. Rückenmarksleiden ausgeschlossen (hat fast den ganzen Unfallstag noch gearbeitet und verschiedene Strecken gelaufen). Die Reflexsteigerungen sind bei Hysterie öfters mit Fußklonus verbunden. Hysterisch laienhaft begrenzte Hyperästhesie der Bauch- und Lendengegend. Von bewußter Übertreibung keine Rede. — Empfehlung aus dem Krankenhaus herauszubringen, da die Umgebung von Schwerkranken sehr ungünstigen Einfluß zeigt.

Einmalige Abfindung mit Taxation 80 % für 1 Jahr, 50 % für das 2. Jahr, 20 % für das 3. Jahr. Entgegenkommen von seiten der Bahngesellschaft, er würde wieder angestellt, sobald er sich arbeitsfähig melde.

Januar 1911, Erledigung: Erhält 3000 Fr., aber mit der Verpflichtung der Versicherung auf weitere Entschädigung, sofern der Tod (!) vor 8. Juni 1913 eintrete oder bis zu dieser Zeit noch nicht volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Dieses Zugeständnis wurde aber nur dem Vertreter des K., einem Pfarrer, gegeben, mit der Verpflichtung der Geheimhaltung.

Mai 1913: Der Pfarrer verlangt weitere Entschädigung, weil K. immer noch arbeitsunfähig sei, und zwar beinahe völlig.

Vertrauensärztliche Begutachtung 25. Juli 1913: Klagen: Er könne nur geringe Arbeit ausführen und meist nur sitzend. Gehen und Stehen sei zu mühsam. Immer noch vom Kreuz ausstrahlende Schmerzen, besonders zum Nacken und auf die Hinterseite des linken Beines. Diese

Schmerzen sind aber nicht wie früher beständig, aber bei geringster Ermüdung und bei Anstrengung vorhanden. Er könne nicht weit gehen. Noch allgemeine Müdigkeit, besonders wenn es kalt ist. Verdauung, Appetit, Urin, Stuhl normal geworden. Allgemeine Besserung zugegeben. Aber überzeugt, daß er nie mehr die frühere Kraft und Arbeitsfähigkeit gewinne. Er geht am Stock und zieht linkes Bein nach. Ohne Stock geht er nur bei Unterstützung. Gesichtsausdruck traurig. Augen hohl. Auffällige Blässe. Blick aber lebhaft.

Muskulatur jetzt fest und kräftig; nur linkes Bein noch etwas magerer. Sensibilität in jeder Weise normal. Reflexe in normaler Stärke. Kein Fußklonus mehr. Wirbelsäule noch überall empfindlich, auch bei allen Bewegungen, weil, wie K. sagt, das Kreuz gebrochen ist. Hebung der Beine nur beschränkt möglich wegen Schmerzen im Kreuz. Sonst Muskelkraft überall gut. Puls zuerst 76, zuletzt 100. Am Ende der Untersuchung ermüdet, hat roten Kopf. Greift den Kopf zwischen die Hände und klagt über Rauschen in den Ohren. K. glaubt nicht mehr an weitere Besserung und ist resigniert. Sorgen um das Los seiner Familie. Der Tod wäre für die Familie besser gewesen, wie er ganz ruhig und ohne Affekt mit etwas singendem Ton in der Stimme sagt.

Objektiv also nur noch Atrophie (keine Maße angegeben!) der linken Wade. Dies und die Besserung der übrigen Muskulatur beweise, daß eine objektive Nervenstörung bestanden habe, ohne im übrigen die Unfallshysterie zu bezweifeln, aber im Anfange hatte doch eine Distorsion der Wirbelsäule bestanden. Solche Distorsionen lassen oft für lange Zeit, zuweilen für immer, ausstrahlende Schmerzen zurück, und so besteht wenig Wahrscheinlichkeit, daß bei der nervösen Anlage des Mannes seine Hysterie gänzlich ausheile, weil die Schmerzen die Hysterie unterhalten werden. Die Meinung von Dr. N a e g e l i, daß nach 2 Jahren eine reine Unfallshysterie (gemeint ist, nach definitiver Erledigung der Rechtsansprüche! N.) arbeitsfähig sei, habe sich hier nicht als richtig erwiesen, und K. ist beinahe ebenso unfähig seinem Beruf nachzugehen, wie beim Austritt aus dem Spital, Herbst 1910.

Dieser Zustand wird lange (!) dauern. Jede Behandlung kommt nicht in Betracht. Eine Besserung ist nicht ganz ausgeschlossen (!), aber wird langsam erfolgen und wahrscheinlich nur wenig bedeutend sein, wegen der Fortdauer der Schmerzen. Daher erachte er den Zustand als beinahe definitiv, so daß eine sehr ausgesprochene Arbeitsunfähigkeit zurückbleibe. Die jetzige Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 60 %. Wenn man den möglicherweise günstigen Einfluß einer unerwarteten Kapitalabfindung als definitive Entschädigung berücksichtigt, beträgt d i e d a u e r n d e E.E. 35—40 %. —

Diese Begutachtung vom 25. Juli 1913 ist mir erst im August 1916 bekannt geworden, als ich über den ganz günstigen Ausgang des Falles bereits im klaren war. Mit der dauernden E.E. von 35—40 % dieses Gutachtens und mit dem Irrtum meiner Ansichten, die in diesem Gutachten zum Ausdruck kamen, war es also nichts! Vielmehr kann der Gegensatz zwischen dem heutigen Befinden und der Leistungsfähigkeit des Mannes und den Ansichten jenes Gutachters kaum stark genug hervorgehoben werden!

Auf dieses Gutachten wurde eine und diesmal wirklich endgültige Entschädigung von 4000 Fr. ausgezahlt.

E i g e n e E r h e b u n g e n i m A u g u s t 1 9 1 6 ergaben: Der früher behandelnde Spitalarzt schreibt mir: Ich habe K. im Frühjahr einmal gesehen. Er marschierte vor mir, wußte natürlich nicht, daß ich ihm folge, er war auf dem Kirchweg. Sein Gehen war gar nicht schlecht. Auch sein Allgemeinbefinden erschien günstig und eine gewisse Arbeit kann er jedenfalls leisten. Auch andere befragte Leute sprechen von fortschreitender Besserung. K. hat selbst jetzt viel mehr Mut und fühlt sich nicht mehr so „endlos unglücklich“.

Im Juni und August 1916 habe ich persönlich die Erkundigungen wieder fortgesetzt, um über das **Schicksal meines schwersten Falles von Unfallshysterie** klar zu sehen. Trotz dreier Besuche in dem abgelegenen Alpental habe ich K. nie selbst treffen können.

1. Die vernünftige, offenkundig wahrheitsliebende Frau berichtet mir (Ende August 1916) auf meine Frage, wie es gehe: Es geht „fin güet". K. arbeitet seit einigen Wochen am Wasserversorgungswerk in V. Wie alle anderen, setzt er die ganze Woche die schwere Arbeit nie aus und kommt nur über den Sonntag nach Hause. Seit einigen Jahren ist alles allmählich immer besser gegangen. Jetzt ist er vollständig gesund. Schlaf ausgezeichnet, Appetit sehr gut. Keinerlei Aufregung. Gang ohne Schwierigkeiten, man merkt ihm nichts mehr an. Nie mehr Schmerzen. So sei es etwa 2 Jahre schon. Vorher habe er im Gehen öfters noch etwas gespürt und einen Stock benützt, aber doch schon alle landwirtschaftlichen Arbeiten von 1914 an besorgt.

2. Erkundigungen beim Schwager des K. Dieser erzählt mir anfangs August 1916: Es geht K. recht gut. Seine Fortschritte waren im letzten Jahre wieder sehr erheblich. Jetzt arbeitet er seit längerer Zeit, etwa 1—2 Jahren, wie jeder andere in Landwirtschaft und Wald. Schon früher besorgte er die landwirtschaftliche Arbeit seines Heimwesens selbst und ohne größere Beschwerden.

3. Eine Altersgenossin und Nachbarin berichtete mir Ende August 1916: K. arbeitet seit 2 Jahren vollständig wie jeder andere, hat auch vorher schon lange Zeit in Wald und Feld gut gearbeitet. Sein Gang ist schnell, selbst das Bergaufsteigen macht ihm absolut keine Mühe. Das Aussehen ist gut. Alle Leute des Dorfes halten den K. für so gesund wie je zuvor und für ebenso leistungsfähig.

Es hat also die definitive Erledigung auch hier ihr Wunder getan. Über die Tätigkeit des K. vor 1913 ist naturgemäß schwer etwas Beweisendes festzustellen. Sicher war er aber in nicht unbeträchtlichem Grade erwerbsfähig. Freilich ist dieser Grad, wie stets bei Arbeit auf eigenem Grund und Boden und bei der Anwesenheit anderer arbeitsfähiger Familienglieder, besonders von Kindern, nicht in Zahlen zu fassen, er muß aber groß gewesen sein.

Auskunft vom Elektrizitätswerk L., 15. September 1916: „K. ist am 1. August 1916 wieder bei uns eingetreten als Handlanger und heute noch bei uns tätig. Er erweist sich als guter Arbeiter, der im Monat August das Maximum der Stundenzahl machte (!) und bei der Arbeit, trotz des früher erlittenen Unfalles, keine Ermüdung zeigte. Er bezog in den ersten 14 Tagen 45 Rappen Stundenlohn, nachher wurde ihm der Lohn auf 46 erhöht. In letzter Zeit wird K. jetzt auch zu Mineurarbeiten nachgenommen. Sein Unfall kann nicht nachteilige Folgen gehabt haben; jedenfalls kann er vor dem Unfall kaum besser gearbeitet haben."

Traumatische Enzephalitis[1]) (Enzephalose).

Kommotions„neurose", bisher als rein funktionelle Neurose begutachtet.

Unfall des damals 48jährigen Kaufmanns am 30. November 1908. Kurzschluß in einer elektrischen Bahn, überall Blitze im Wagen. Drohende Lebensgefahr. Panik. Der Mann, der eine gleiche Lage schon einmal vor kurzem durchgemacht hat, springt durch das Fenster aus dem Wagen, der in voller Fahrt ist.

I. Klage, Mai 1909. Beim Sturz vermutlich auf den Kopf gefallen und Gehirnerschütterung erlitten. Mehrere Tage nicht volles Bewußtsein. Ausrenkung der linken Schulter. Bewußtlos ins Krankenhaus gebracht. In zwei Krankenhäusern bis zum 16. Januar 1909 gelegen.

[1]) Ich möchte diesen Namen vorschlagen. Man könnte sich ja am Ausdruck Enzephalitis stoßen, weil nicht von vornherein Entzündung vorliegt. Nach dem Insult treten aber Reaktionen ein, die von entzündlichen nicht verschieden sind. Korrekter noch wäre der Ausdruck Enzephalose, analog der Umtaufe vieler früherer „Nephritiden" in Nephrosen.

Jetzige Beschwerden: Kopfweh. Abnahme der geistigen Kräfte, besonders Vergeßlichkeit. Versagen der Gedanken. Abnahme des Allgemeinbefindens. Jeden Abend todmüde. Im ganzen Wesen verändert, stiller, gedrückter, träger. Merkfähigkeit stark gelitten. Auffällige Störung des Konzentrationsvermögens. Kein grober Intelligenzverlust.

Annahme des behandelnden Arztes: Leichte Gehirnerschütterung und Schreckneurose. Heute wesentlich das Bild der Schreckneurose. Wiederherstellung gut möglich, Verschlimmerung aber nicht ausgeschlossen. Schulter geheilt. Keine Klagen mehr (!). Taxation 35 % E.E. für das erste Jahr, dann 20—25 %.

10. Januar 1910. Gericht. Der erstbehandelnde Chirurg spricht von Hautverletzungen an den Gliedern und Luxation der Schulter. Kopf- und Gehirnverletzung war nicht festgestellt, wohl aber in den ersten Tagen „leichte (!) geistige Störung". Stand nachts auf, wußte nicht recht, wo er sich befand, „wohl leichter Nervenchok" (!).

Der vom Gericht bestellte Begutachter schreibt am 6. Februar 1910: Beruf im großen ganzen wieder möglich. Noch Schulterschmerzen, Kopfweh, Depression. Benehmen durchaus ruhig. Neurologischer Befund null. Anfänglich bestand wohl Schreckneurose; aber beim Unfall selbst „schwere erwiesene Hirnerschütterung" und davon offenbar jetzt noch Folgen. Jetziger Befund im wesentlichen negativ. Völlige Heilung ist zu erwarten. Daraufhin Entschädigung gerichtlich für weitere Zeit abgelehnt, aber bis jetzt zu 35 % angenommen.

1. Oktober 1910, Privatgutachten, Nervenarzt: Langsame, mühsame Sprechweise. Vergißt einfache Rechnungen und sechsstellige Zahlen rasch. Schlaffes, müdes Wesen. Energielos, meidet Gesellschaft. War gleich nach dem Unfall noch viel vergeßlicher gewesen, schrieb damals einen Brief zweimal, ohne es zu merken, vergaß seine Arbeit. Hatte im ersten Jahr noch viel mehr Kopfweh als jetzt.

Objektiver Befund: Wenig abnormes, nur fibrilläres Zittern der Zunge und der Lider bei Lidschluß. Erhöhung der Sehnenreflexe. Einmal erhöhte vasomotorische Erregbarkeit. Zeugen bestätigen, daß der früher flotte Gesellschafter gegenüber früher stark verändert sei: vergeßlich, stiller, unlustig und in der Sprache anstoßend.

Gutachten: Keine Übertreibung, Benehmen glaubwürdig. Keine Rentenkampfneurose. Irgend eine organische Affektion nicht nachweisbar. Keine Hirnerschütterung, weil der erstbehandelnde Chirurg eine längere Bewußtlosigkeit nicht erwähne, sondern nur einige Tage leichte psychische Störung (wußte nicht, wo er war).

Es liegt funktionelle Affektion vor wegen Steigerung der Sehnenreflexe, des Zitterns und der vasomotorischen Erregbarkeit. Diagnose: Nervenchok. Jetzt noch 20 % E.E.

8. Juni 1911: Gerichtliche Begutachtung durch einen Psychiater auf Grund der Akten, der Zeugenvernehmung und einer einmaligen Untersuchung.

Klagen: Nachlassen des Gedächtnisses, vermehrte geistige Ermüdung, Abnahme der Lebensfreude und der Energie. Körperlich aber wohl. Erinnerung an Unfall spielt keine große Rolle mehr. Prozeß beschäftige ihn geistig nicht sehr und sei dem Anwalt überlassen. Keinerlei Befürchtungen wegen der materiellen Lage in der Zukunft. Keine Furcht vor geistigem Verfall. Eingehende Belege, wie er nicht mehr so gut disponiere wie früher und deshalb Mißerfolge habe. Wegen Gedächtnisabnahme auf Notizen angewiesen, kombiniere die Zugverbindungen schlecht, vergesse Abmachungen, verliere den Faden der Rede. Geistig abends sehr müde und für Gesellschaft nicht mehr fähig. Großes Ruhe- und Schlafbedürfnis. Der Arm sei geheilt.

Befund: Körperlich nichts Besonderes. Lebhafte P.-S.-R. Keine Arterienverkalkung. Puls etwas gesteigert. Schädel nicht klopfempfindlich. Kein Lidflattern. Konjunktivalreflex links etwas vermindert. Sensibilität normal,

nur an den Beinen etwas mehr hyperalgetisch links als rechts, aber auf der Brust umgekehrt. Keinerlei Übertreibung. Sprache ruhig, leidenschaftslos. Superlative vermieden.

Diagnose: Die Beschwerden entsprechen einer fortdauernden Nachwirkung einer Schreckneurose. Keine Schädigungen durch Alkohol oder Arterienverkalkung. Keine gewöhnliche Unfallsrentenhysterie. Kampf um die Rente nicht im Zentrum. Auch nichts für Commotio cerebri.

Nur rein psychogene Folgen: Verminderung des Gefühlslebens. Hemmung der geistigen Prozesse, vermehrte Ermüdbarkeit. Also im Prinzip heilbare Erkrankung, ob aber Heilung eintritt, fraglich. Möglich, daß schon Prozeßerledigung Besserung bringt.

Taxation der Erwerbseinbuße: Hierfür ist der konkrete Ausfall der Arbeitsfähigkeit maßgebend, der durch Zeugen erhoben werden soll. Vorschlag der Kapitalabfindung, weil diese doch mildernden Einfluß hat.

Nach Abhören der Zeugen nimmt das Gericht eine Erwerbseinbuße von $33^1/_3$ % an. Jährliche Rente 2000 M.

März 1914. Die Bahngesellschaft behauptet, es sei jetzt Heilung eingetreten. Der Versicherte bestreitet dies unter Hinweis auf verminderte Leistung im Geschäft und besonders auf den Geschäftsreisen. Der Umsatz sei viel kleiner. Für die Hälfte der Reise sei ein anderer Reisender angestellt. Am 15. August 1914 sei ihm vom Geschäft trotz langjähriger Dienste und der Bezeichnung als langjähriger treuer Mitarbeiter gekündigt worden, weil seine Geschäftserfolge bedeutend zurückgegangen seien.

Juli 1915. Gerichtliches Gutachten, Nervenarzt.

Klagen im wesentlichen wie früher. Zustand sei unverändert. Immer gemütlich gedrückt, das komme aber von den Kriegsereignissen her. Gedankenlos. Disposition schlecht. Er müsse sich viel besinnen. Denken erschwert. Gedächtnis schlecht. Kündigung im August 1914 ist vom Geschäft zurückgezogen, aber Patient nur noch mit 2000 M. Gehalt statt 4200 angestellt. Die furchtbare Angst vor der Fahrt im Schnellzug sei gebessert. Rasche geistige Ermüdbarkeit bestehe weiter. Gemütsverstimmung. Ungenügende Spannkraft.

Befund: Körperlich nichts Besonderes. Puls 76. Keine Arterienveränderungen. Kopf nicht empfindlich. Zunge zittert wenig. Leichtes Zittern der Hände. Sehnenreflexe lebhaft. Keine wesentlichen Gefühlsstörungen. Gewicht 167, gegen früher 174—178.

Psychisch stets gedrückt. Im Wesen veränderter Mann. Denken erfolgt langsam. Merkfähigkeit sei etwas gebessert. Mehrstellige Zahlen behält er länger als früher, macht aber gelegentlich Fehler. Nichts spricht für absichtliche Übertreibung. Immerhin im Wesen etwas freier. Schwerste Schreckerinnerung ist abgeblaßt.

Die körperliche und geistige Untersuchung kann aber den Grad der Besserung nicht angeben. Deshalb sind die Zeugen und Bücher zu befragen. Zeugen bestätigen tatsächlich wesentliche Abnahme der Leistung. Taxation 20—25 % E.E., weil gegenüber früher Besserung eingetreten ist.

Februar 1916. **Eigene Beobachtung:** Jetzt 55jähriger, kräftig gebauter Mann.

Klagen: 1. Kopfweh, wie Gürtel um die Stirn, aber nicht immer vorhanden, und nicht mehr so stark wie im ersten Jahr.

2. Vergeßlichkeit, wesentlich geringer als im ersten Jahr nach dem Unfall.

3. Schwindel, „nicht sehr arg“.

4. Sprache oft stockend, erschwert, finde Worte nicht.

5. Rasche Ermüdung und großes Schlafbedürfnis.

6. Erschwerte Auffassung bei geistiger Arbeit. Alles geht schwer. Deshalb erscheine er ungewandt, besonders da er oft im Verkehr Worte und Namen nicht finde und nicht mehr lebhaft und frisch auftrete.

Psychologischer Befund: Benehmen halb apathisch, matt, sehr ruhig, arm an Affekten. Schwer zu Affekten zu bringen, trotz genügenden Materials aus dem Prozeß. Wenn einmal erregter, dann zeigt sich Zittern und Ausbrechen in Tränen.

Gedächtnis für alte Sachen ganz gut (Verse aus der Kindheit). Für Neues sehr mangelhaft (viele Belege), Neues hafte sehr mangelhaft und nicht in Einzelheiten. Merkfähigkeit stark reduziert. Keine Klagsucht. Vom Unfall erzählt er ohne Befragen nichts. Kein Versuch zu irgend einer Übertreibung, z. B. bei der Frage nach allfälliger Bewußtlosigkeit nach dem Unfall erklärt er, „darüber könne er beim besten Willen nichts sagen“.

Ausdruck des Gesichtes matt, leblos. Mienenspiel sehr gering. Sprache leise, monoton, zerhackt, oft anstoßend, wiederholend. In der Kindheit gelernte Gedichte gehen aber flott. Schrift tadellos. Guter Stil. Gute Disposition, übersichtlich, tadellos sauber, fehlerfrei. Kein Zittern in der Schrift.

Körperlicher Befund sehr gering. Kopf unempfindlich. Hirnnerven alle normal. Geringes Lidflattern. Kein Zittern. Eingehendste Prüfung auf Gefäße, nirgends Atherosklerose. Blutdruck normal, 130 mm. Urin o. B. Gewicht 124,4 (gab 124 an). Zahlreiche Proben auf Zuverlässigkeit fallen tadellos aus. Dynamometerwerte an verschiedenen Tagen völlig einander entsprechend, rechts wie links. Agonisten-Antagonistenprüfung zeigt überall kräftigen Willen. Starkes Ausfahren bei Nachlassen des Widerstandes. Keinerlei Antagonistenanspannung. Gesichtsfeldprüfung prompteste Angaben und normale Befunde. Sensibilität: Überall Striche, Figuren und Zahlen genau erkannt und prompt angegeben.

Diagnose: Zerebraler Symptomenkomplex nach Gehirnerschütterung, sogenannte Kommotionsneurose mit Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Dafür das jetzige 7 Jahre anhaltende Bild an sich schon beweisend. Für frühere Hirnerschütterung zeugen: 1. Auftreten einer Blutung unter dem linken Augapfel (Akten). 2. Nach den Akten: Einige Tage nicht bei vollem Bewußtsein. 3. Völliger Verlust der Erinnerung (Amnesie) für alles, was dem Unfall unmittelbar gefolgt ist.

Schreckneurose ausgeschlossen. Von Angst und Schreck nichts zu bemerken, im Gegenteil ruhig und apathisch. Der frühere Schreck vor dem Schnellzug ist kein auffällig krankhaftes Zeichen nach den Erlebnissen des Mannes. Rentenneurose ganz ausgeschlossen. Völlig zuverlässiger Mann, nie irgendwelche Übertreibung. Klagen dürftig. Vielfache Besserungen gegenüber früher von selbst zugegeben! Funktionelle Neurose ausgeschlossen. Die früher dafür herangezogenen Zeichen von Steigerung des Pulses, Lidflattern, Zittern, gesteigerte Sehnenreflexe, vasomotorische Erregbarkeit, sehr geringe Änderungen im Verhalten der Schmerzempfindungen, sind keine Beweise; sie sind an sich sehr ungenügende Krankheitszeichen und außerdem sehr stark vom momentanen körperlichen und geistigen Befinden abhängig.

Taxation: Sehr erhebliche und bleibende Schädigung von mindestens $33^1/_3$ %. Besserung ausgeschlossen. Dringend empfohlen, die Taxation endgültig und unwiderruflich vorzunehmen.

Das Gericht schloß sich dem Gutachten in allen Teilen an.

Auffällig erscheint mir, daß erfahrene frühere Begutachter die organische Natur des Leidens nicht durchschaut haben, zumal dies hier bei dem Fehlen aller Begehrungsvorstellungen und der Zuverlässigkeit des Mannes leicht war. Zum Teil lag der Fehler in der ungenügenden Auskunft des zuerst behandelnden Chirurgen über die geistige Störung und die Bewußtlosigkeit und dessen geringe Bewertung der psychischen Erscheinungen. Interessant ist die Konstanz der Symptome durch all die Jahre und noch interessanter der nicht unerhebliche Rückgang des Kopfwehs und die Besserung des Gedächtnisses!

In typischer Weise zeigt die Beobachtung, wohin man mit der Diagnose kommt, wenn man Wert legt auf kleinste neurologische Zeichen, wie man sie unschwer bei jedem Gesunden finden oder konstruieren kann.

Rentenkampfneurose mit starker Simulation.

Bisher für äußerst zuverlässig erklärt.

27jähriger Steinhauer. Hautverletzung der Stirn am 1. Juni 1906 durch fallende Fensterbank. Starke Abschürfung der Kopfhaut über der Stirn und im Gesicht. In der Unfallsanzeige keine Bemerkung über Bewußtseinsstörung. Krankenhausbehandlung. Nahm Arbeit am 3. Juli 1906 wieder auf, arbeitete wie vor dem Unfall und mit gleichem Lohn. Setzt aber am 28. Juli 1906 aus und geht aufs Land zu seinen Eltern.

9. Januar 1907. Verlangt Entschädigung. Er könne dem Beruf nicht mehr nachgehen und nur noch leichte Arbeit bei den Eltern in der Landwirtschaft besorgen.

Daraufhin Untersuchung durch Oberamtsarzt, und Gutachten vom 24. März 1907. Klinische Begutachtungen vom April 1907, Juni 1908, August 1910, Oktober 1912, schiedsgerichtliche Begutachtung November 1912. Eigene Begutachtung November 1915 und poliklinische Untersuchung November 1913.

Im folgenden sollen der besseren Übersicht wegen die Klagen, die Befunde, die Erkundigungen über die Erwerbsverhältnisse, die Taxation der Erwerbseinbuße und die Diagnosen für alle Begutachtungen zusammengefaßt wiedergegeben werden.

I. Klagen:

März 1907: Müdigkeit, Appetitlosigkeit, schlechterer Schlaf und schlechte Verdauung, Schmerzen in Armen, Schulter, Rücken. Kopfweh in der Narbengegend. Gehen von 2—3 Stunden falle schwer.

April 1907: Fast wörtlich gleich, nur Schmerzen in verschiedenen Wirbeln bei Bewegungen betont.

Juni 1908: Fortwährend Kopfweh bei der Arbeit. Rückenschmerzen. Schwindel beim Arbeiten in der Sonne. Immer müde. Die Arbeit als Steinhauer sei unmöglich.

August 1910: Keine Besserung. Klagen ganz gleich. Schwindel mehr betont.

Oktober 1912: Keinerlei Besserung, eher von Jahr zu Jahr schlimmer! Kopfweh besonders bei der Arbeit und bei Hitze. Fast dauernde Rückenschmerzen. Schmerzen in Armen und Beinen. Sei seit dem Unfall äußerst aufgeregt. Schlaf schlecht. Immer müde und matt. Manchmal Zittern am ganzen Körper. Arbeite deshalb weniger wie früher, beschäftige sich mit leichter Landwirtschaft.

November 1912: Nur Hinweis auf die Klagen vom Oktober 1912.

November 1913: Schmerzen in der Wirbelsäule und Stiche. Müdigkeit und Reißen in Knien und Handgelenken. Dumpfe Kopfschmerzen, viel Schwindel. Magenschmerzen, Verstopfung. Die Rente sei ihm zu wenig, da er jetzt überhaupt nichts arbeite.

November 1915. Angaben von sich aus: Schwindelanfälle, letztes Frühjahr einmal $1^1/_2$ Stunden lang und im Herbst auch und vor einigen Tagen. 1 Stunde Liegen deshalb nötig. Bei der Arbeit Schwindel etwa 1 Minute lang und 3—4mal im Tag. Dann gehe es den Rücken hinauf und bei den Augen hinaus. Müdigkeit in den Knien und Zittern manchmal.

Erst auf Befragen: Mattigkeit, Schmerzen überall, Kopfweh, schlechter Schlaf. Intoleranz gegen Rauchen und Alkohol. Wenn er die Augen schließe, sei der Schwindel besser. Appetit sei gering. Reißen in der Stirn und in den Augen. Beim Atmen Stechen in der Brust überall. —

Typisch ist die Steigerung und Ausmalung der Beschwerden mit den Jahren, besonders das Auftreten von Schwindel erst 2 Jahre nach dem Unfall und die stärkere Betonung dieses Schwindels in den weiteren Jahren. Ebenso tritt das Zittern erst 1912 auf. Dieser früher nicht vorhandene Schwindel und Zittern werden 1915 an erster Stelle betont. Schmerzen und sogar Kopfweh werden erst auf Befragen als vorhanden angegeben!

II. Psychischer Befund:

März 1907: Keinerlei Notiz!

April 1907: Benehmen ruhig, still, nicht depressiv. Eindruck: ehrlicher Mann. Angaben glaubhaft. Psychisch nur leicht gestört.

Juni 1908: Keine besonderen Angaben. Macht überaus glaubhaften Eindruck.

August 1910: Stimmung wechselnd, meist niedergeschlagen. Eindruck durchaus glaubhaft. Auch keine wesentliche Übertreibung.

Oktober 1912: Seelisch gedrückt, ängstlich, verzagt. Beschäftigt sich fast ausschließlich mit dem Unfall und seinen Folgen. Hält sich für schwer geschädigt. Werde vielleicht völlig invalide in einiger Zeit.

November 1912: Es scheine eine gewisse gedrückte Stimmung vorzuliegen.

September 1913: Benehmen ganz auf die Erlangung eines Zeugnisses eingestellt, querulierend. Große Klagsucht.

November 1915: Benehmen sehr ruhig, zurückhaltend. Klug überlegend. Will sich nicht vergeben. Nie erregt. Daß er am Dynamometer nichts drückt, sucht er sofort zu erklären, wenn auch in ganz dummer Weise und erst nachträglich. Sucht deutlich alles schlimm darzustellen. Beim Beklopfen des Pektoralis vielfach Aufseufzen. Auf Befragen warum, erklärt er mit zögernder Stimme, es tue weh. Auch beim Betasten der Wirbelsäule Schluchzen in offenkundig gemachter, unnatürlicher Weise.

Zuverlässigkeitsprüfungen:

a) Dynamometerwerte rechts bei verschiedenen Proben an verschiedenen Tagen einmal 30—45, ein anderes Mal 30—0, und schließlich dauernd 0, trotz enormer Muskelkraft bei dem Betasten der Muskeln während der Probe. Ausfahren beim Nachlassen des Widerstandes bei der Untersuchung am 2. November ziemlich gut, am 10. November fast nie vorhanden. Antagonisteninnervation am 2. November fehlend oder unerheblich, am 10. November ständig und unüberwindbar.

b) Beim Berühren der Haut am ganzen Körper wird überall nur ein Teil der Berührungen verzeichnet: $^4/_6$, $^3/_5$; ebenso beim Stechen mit der Nadel. Desgleichen auch, wenn das Streichen mit der Nadel so stark gemacht wird, daß es überall im Zimmer gehört wird, auch dann, wenn jedesmal starke Abwehrbewegungen mit den Beinen oder dem Körper erfolgen. Trotz außerordentlich starker Bauchdeckenreflexe und jedesmaligem Zucken der Beine und hörbarem Streichen der Nadel gibt er trotz strenger Vermahnung zur Aufmerksamkeit nur $^4/_6$, $^5/_6$, $^6/_7$ der Striche an. Nachdem ihm erklärt wird, das sei nicht richtig, und das lasse man sich nicht gefallen, prompt $^6/_6$, $^7/_7$, $^6/_6$. Lokalisation aller Stiche, selbst derjenigen mit starken Abwehrreaktionen ganz auffallend ungenau und schlecht, auf Ermahnung aber in auffälliger Weise ganz genau. Berührungen und Stiche im Gesicht und im Gebiet der Narbe erst auch immer nur $^4/_5$, $^5/_6$, dann auf Ermahnung aber $^6/_6$, $^7/_7$.

III. Körperlicher Befund:

März 1907: Gut verschiebliche Narbe auf der Stirn, nirgends druckempfindlich. Beklopfen der Stirn entschieden etwas schmerzhaft. Wirbelsäule mehrfach druckempfindlich. Puls 54, verlangsamt. Patellarreflexe wie normal.

April 1907: Stirnnarbe verschieblich, nicht empfindlich. Trigeminus rechts druckempfindlich. Alle Reflexe sehr lebhaft. Sensibilität auch an der Stirn normal. Gang o. B. Kein Zittern. Kein Lidflattern.

Juni 1908: Blaß. Geringe Schwielen an den Händen. Wirbelsäule auf Klopfen empfindlich, aber ohne daß dabei Puls- oder Pupillenänderung eintritt. Alle Reflexe lebhaft. Sensibilität normal. Leichter Tremor. Lebhafte Dermographie.

August 1910: Narbe reizlos. Starkes Zittern der Hände. Lidflattern. Druck- und Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule bei Schlag auf den Kopf. Wirbelsäule druckempfindlich. Röntgenbefund normal. Überempfindlichkeit für feine Berührungen und Nadelstiche über dem III. bis VII. Brustwirbel und handbreit beiderseits der Wirbelsäule. Ebenso unterhalb des rechten Schlüsselbeines und unterhalb der rechten Brustwarze. Ovarie. Gesteigerte Reflexe.

Oktober 1912: Narbe nicht empfindlich. Trigeminus auf Druck nicht empfindlich. Gesichtsfeld normal. Lebhaftes Lidflattern bei Lidschluß. Betastung der Wirbelsäule empfindlich. Röntgenbilder der Wirbelsäule normal. Bewegungen der Wirbelsäule ausgiebig und mühelos. Alle Reflexe lebhaft gesteigert. Sensibilität: Nur um die Narbe größere Steigerung der Empfindlichkeit. Belanglose tuberkulöse Affektion der Spitzen.

November 1912: Ernährung sei genügend. Die Reflexsteigerung sei heute nicht besonders deutlich, ebensowenig die Dermographie.

November 1913: Innere Organe normal. Blutdruck 110. Puls 60—54. Kalte, feuchte Hände. Akrozyanose. Globus. Rachenreflex schwach. Patellarreflexe lebhaft, sonst alle normal stark. Grobe Kraft sehr gut bei Händedruck und Arbeit gegen Widerstand. Wirbelsäule auf Beklopfen als empfindlich bezeichnet, aber frei beweglich.

November 1915: Aussehen gut. Ernährung genügend. Trigeminus bei Ablenkung nicht druckempfindlich. Zunge rein, zittert nicht. Narbe unempfindlich. Kein Lidflattern. Innere Organe normal. Puls 60. Periostreflexe nicht gesteigert. Bauchdeckenreflexe lebhaft. Patellarreflexe mäßig lebhaft. Kitzelreflex der Fußsohle fast null. Kein Zittern. Kein Romberg. Akrozyanose der Hände, die blau sind und feucht. Pupillen eng. Dermographie sehr gering. Durch systematische Untersuchung erweist sich die Sensibilität am ganzen Körper als normal, jedoch erst nach Zurückweisung unrichtiger Angaben.

IV. Diagnosen, Taxationen und deren Begründung:

März 1907: Nervöse Folgen des Unfalles, der auch Erschütterung des Gehirns und der Wirbelsäule zur Folge hatte (Puls verlangsamt!). Angaben glaubhaft. 50 % E.E.

April 1907: Deutliche Zeichen gesteigerter nervöser Erregbarkeit in Form von starker Erhöhung der Sehnenreflexe, zugleich Kopfweh und Druckempfindlichkeit. Eindruck ehrlicher Mann. Taxation 30 % E.E. Besserung nicht ausgeschlossen.

Juni 1908: Traumatische Neurose wie früher. Taxation 30 % E.E. Eindruck überaus glaubhaft.

August 1910: Traumatische Hysterie. Für Steinhauerberuf unfähig. Taxation 30 % E.E. Eindruck durchaus glaubwürdig.

Oktober 1912: Traumatische Hysterie, besonders wegen der psychischen Störung. Als objektive Zeichen eine Reihe allgemeiner nervöser Symptome, wie Veränderung der Sensibilität, der Reflexe und das Lidflattern. Man muß aber annehmen, daß der Mann im Laufe der Jahre sich an die Beschwerden gewöhnt hat. Die derben Arbeiterschwielen zeigen ja die schwere Arbeit. Deshalb 20 % E.E. und Abfindung anzuraten.

Dagegen erfolgt Berufung ans Schiedsgericht gegen die Rentenherabsetzung.

November 1912: Traumatische Hysterie. Objektiver Befund ziemlich negativ im Gutachten vom Oktober 1912. Für Besserung spreche das ständige Arbeiten im Beruf seit 2 Jahren, mit ganz ordentlichem Lohn, die Verheiratung und die Zeugung von zwei Kindern. Die Angaben der traumatisch Hysterischen seien bekanntlich noch weniger zuverlässig als diejenigen anderer nur körperlich Verletzter. Daher Taxation 20 % E.E.

Das Angebot der dreifachen Jahresentschädigung mit 613 M. lehnt B. ab, er wolle 1200 M.

November 1913: Kein Urteil gefällt. Nur zweimalige Untersuchung. Wunsch nach Zeugnis für höhere Rente prinzipiell abgelehnt, weil keine Kenntnis der Aktenlage.

November 1915: Rentenkampfneurose mit ständiger Steigerung aller Klagen im Laufe der Jahre, Aussetzung der Arbeit nur genau vor der jeweiligen Begutachtung und stets nur für kurze Zeit. Seit vielen Jahren wieder als Steinhauer im Beruf tätig, bei voller Tagesarbeit und bei Volllohn. Daher völlige Abweisung, weil Rentenjäger, empfohlen, zumal starke Aggravation vorhanden. Jede Glaubwürdigkeit ist abzusprechen. Mehrfach hat er sich im Lauf der Jahre als völlig arbeitsunfähig für seinen Beruf erklärt, um höhere Rente zu erreichen, und arbeitet doch seit Jahren bei Volllohn den ganzen Tag und ohne Aussetzen.

V. Nachforschungen über die Erwerbsfähigkeit:

Oktober 1915: Arbeitet seit 1908 wieder als Steinhauer bei gleichem Lohn wie alle anderen, und täglich 9—10 Stunden. Nie in ärztlicher Behandlung außer 1913 (November). (Damals nur, um höhere Rente durch ein Zeugnis zu erreichen.) Der Lohn entspricht der tatsächlichen Arbeitsfähigkeit und ist wohl verdient, nicht aus anderen Gründen gegeben. Von Beschwerden hat der Meister nie etwas gesehen. Schon 1910 gibt der Meister an: Arbeitet zu Volllohn. Ist wegen Kopfweh zum Heben schwerer Lasten nicht brauchbar. Vom Unfall hatte der Meister keine Kenntnis.

Die Beobachtung ist in mancher Hinsicht recht lehrreich.

1. Die Steigerung und Zunahme der Klagen und die immer stärkere Betonung von Schwindel und Schwindelanfällen, obwohl in den ersten Jahren nach dem Kopftrauma davon nie etwas angegeben worden ist. Das Auftreten des Zitterns bei einem jungen Manne, aber erst 6 Jahre nach dem Unfall! Während dieser Zunahme der Beschwerden steht der Mann jahraus jahrein bei Volllohn in Arbeit, und wie der Meister versichert, bei voller Arbeitsfähigkeit, bezieht aber 30 % Rente!

2. Der psychische Befund: 1907 wird die Störung als leicht bezeichnet. 1910 schon als schlimmer: „meist niedergeschlagen“ 1912 als seelisch gedrückt, ängstlich, verzagt. 1913 und 1915 finde ich von dieser Depression keine Spur, wohl aber einen überaus schlauen und berechnenden Rentenjäger.

3. Großer Wechsel der neurologischen Zeichen der Hysterie bei den verschiedenen Begutachtungen, Zeichen, die als objektiv erklärt werden. In der Tat waren alle Befunde in dieser Hinsicht in allerhöchstem Grade subjektiv und völlig belanglos und führten nur zur Verkennung der wahren Sachlage.

4. Mehrfache Begutachtungen erklären den Mann als völlig zuverlässig, während 1915 die schwerste Übertreibung nachgewiesen werden kann.

5. Trotz einer außerordentlich starken Verschlimmerung des psychischen Befundes 1912 nimmt der Begutachter Rentenreduktion vor mit der Er-

klärung, es sei Gewöhnung eingetreten, wohl lediglich aus der an sich gewiß richtigen Empfindung heraus, daß man nicht wegen einer lächerlichen Hautwunde so lange Jahre hohe Rente geben könne.

6. Der Mann erklärt sich vielfach, z. B. 1910 und 1913, für Berufsarbeit unfähig, übt sie aber nach dem Unfall seit Jahren bei Volllohn und für die Folgezeit, fünf weitere Jahre, ebenfalls ohne jedes nennenswerte Aussetzen und bei Volllohn aus.

7. Deutung niedriger Pulszahlen als Hirnsymptome, während die Allgemeinuntersuchung vagotonische Zustände als Erklärung sofort gibt.

Aus allen diesen Ausführungen geht ohne weiteres hervor, daß bei den echten Neurosen nach Unfall der Unfall selbst eine sehr geringe Rolle spielt und eben in der Regel ein Gelegenheitsmoment zur Auslösung einer Neurose bedeutet, wie dafür auch viele andere Zufälligkeiten des Lebens in Betracht kommen könnten. An dieses Gelegenheitsmoment knüpfen sich bald Krankheit, bald menschliche Begierden der verschiedensten Formen, bald beides miteinander an.

Eines aber ist uns schon durch die Einteilung klar geworden: eine wirklich durch das Trauma als solches geschaffene Neurose gibt es nicht, im Gegensatz zur früheren Auffassung, daß durch die Verletzungen selbst gröbere oder feinere Veränderungen organischer Natur direkt geschaffen werden. Dieser Gedanke, den Oppenheim immer vertreten hatte, ist, wie wir später zeigen werden, hauptsächlich zuerst durch das Verdienst Charcots und seiner Schule zurückgewiesen worden und heute allgemein aufgegeben mit der rein praktischen Einschränkung, die unter I vorgebracht worden ist, daß bei gewissen Schädelverletzungen die Unterscheidung zwischen organischen Formen durch Gehirnveränderungen und rein funktionellen Erscheinungen schwierig fällt, weil Herdsymptome nicht vorhanden sind. Auch die allerneuesten Versuche Oppenheims, der von der Vorstellung organischer Veränderungen niemals ganz restlos zurückgewichen ist, seine ursprüngliche Lehre in modifizierter Form doch wieder aufleben zu lassen, sind rein hypothetischer Natur und von der Kritik fast ausnahmslos scharf zurückgewiesen. An anderer Stelle werde ich das eingehender ausführen.

Kapitel III.

Gab es traumatische Neurosen vor dem Inkrafttreten der Unfallversicherung? Gibt es traumatische Neurosen ohne Entschädigungsberechtigung?

Nach der Erörterung der Begriffe und der Klassifikation einzelner Formen drängt sich jetzt eine außerordentlich wichtige und für die Erkenntnis des Wesens der Unfallsneurosen maßgebende Frage in den Vordergrund: Gab es echte traumatische Neurosen auch schon vor der Unfallsgesetzgebung?

Viele Autoren haben diese Frage verneint — ich werde gleich unten diese Ansichten eingehender belegen — andere, noch vor kurzer Zeit in der Versammlung der schweizerischen Unfallärzte 1913, wie Maier und Frank, bejaht, insofern als sie zahlreiche traumatische Neurosen

auch ohne das Bestehen von Entschädigungsansprüchen gesehen haben wollen. Drei hervorragende Chirurgen, Bruns, Kocher, Krönlein, haben mir in zahllosen persönlichen Erörterungen über die hier behandelten Probleme des bestimmtesten versichert, daß sie vor Bestehen der Unfallgesetzgebung keinen einzigen Fall hätten beobachten können, während sie nachher in großer Zahl in Erscheinung getreten seien. Die zwei zuletzt genannten Autoren hatten mich 1909 für meinen Vortrag an der schweizerischen Ärzteversammlung über die Nachuntersuchungen bei traumatischen Neurosen nicht nur autorisiert, diese ihre Ansicht in ihrem Namen mitzuteilen, sondern auch zuzufügen, daß keine Rede davon sein könne, sie hätten doch schon vor der Unfallgesetzgebung vorgekommene Unfallsneurosen nicht erkannt oder unter anderen Diagnosen eingeordnet.

Diese Widersprüche lösen sich sofort, wenn wir die Einteilung des großen Symptomenkomplexes so vornehmen, wie es eben geschehen ist.

„Kommotionsneurosen", die aber nur gewissen Symptomen nach, nicht ihrem inneren Wesen gemäß zu den traumatischen Neurosen gezählt werden könnten, hat es jederzeit gegeben. Sie wurden aber früher und werden jetzt neuerdings wieder zu den organischen Affektionen gezählt. Die Kombination Kommotionsneurose + eigentliche Unfallsneurose (= Begehrungsneurose) hat aber früher gefehlt, weil die gesetzliche Grundlage für Entschädigung nicht vorhanden war.

Ebenso sind früher Hysteriephasen nach Unfällen selbstverständlich ebensogut vorgekommen wie heute auch bei Unversicherten, und ganz gleich verhält es sich auch mit den Schreckneurosen, die vielfach ja auch zu ausgeprägt hysterischen Erscheinungen führen. Diese beiden Gruppen entziehen sich aber ganz oder fast ganz der chirurgischen Beobachtung. Sie verlaufen bei Abwesenheit von Entschädigungsansprüchen, wie wir schon ausgeführt haben, in der ganz dominierenden Zahl der Fälle sehr gutartig[1]) und heilen rasch aus, wofür die Erdbebenkatastrophen und gewisse andere Katastrophen überwältigende Beweise sind. Die gleich gute Prognose hat ja auch die Kinderhysterie nach Unfall.

Was es aber vor der Herrschaft der Versicherungs- und Unfallsgesetze nicht gab, das ist eben die Gruppe IV der „eigentlichen Unfallsneurosen", die im wesentlichen reine Begehrungsneurosen sind. Hier liegt das Neue, das dem Chirurgen nun zuerst ganz besonders auffiel. Kommen ja doch die ersten Arbeiten fast alle von chirurgischer Seite. Jedem Lande, das Versicherungen einführte, sind auch diese Überraschungen nicht vorenthalten geblieben. Höchstens kann man zugeben, daß auch ohne eigentliche Entschädigungsansprüche früher schon durch den Appell an das Mitleid und die Unterstützung der Mitmenschen und durch die Aussicht auf Vergünstigungen Begehrungsneurosen sich entwickeln konnten. Dies erschien aber früheren Zeiten weder verwunderlich noch als krankhaft oder gar als eigentliche Neurose und der Nomenklatur bedürftig. Diejenigen, die also das Vorkommen der Unfallsneurosen ohne Entschädigungsansprüche und auch schon vor dem Versicherungsgesetze vertreten, denken eben an Hysteriephasen und Schreckneurosen, während die Gegner besonders auf chirurgischer Seite nur das Neue, die

[1]) Seltene Ausnahmen sind, soweit ich sehe, stets auf früher bestehende Neurosen oder ganz besonders auf Psychopathie zurückzuführen.

Begehrungsneurose mit ihrem steten Crescendo an Klagen und Beschwerden nach Abheilung aller Verletzungen im Auge haben.

Wir sehen, daß alle diese Auffassungen vollständig vereinbar sind, sobald die dringend nötige Klärung der Begriffe durchgeführt wird. Als Fazit ergibt sich aber, daß tatsächlich das neue Symptomenbild der Begehrungsneurosen nach Unfällen seit der Einführung der Unfallgesetzgebung entstanden ist, und daß es sich auch zu gewöhnlichen Hysteriephasen nach Unfällen und zu Schreckneurosen als neu und die Heilung verzögernd und verhindernd zugesellt hat.

Es ist dies eine der sichersten Beweisführungen für die psychogenetische Artefaktnatur der eigentlichen, erst jetzt neu entstandenen Unfallsneurosen.

Einer Ausnahme, die keine Ausnahme ist und all das Gesagte bestätigt, wäre hier zu gedenken. Freilich können wir bei Unversicherten gelegentlich auch eigentliche Begehrungsneurosen nach Unfall oder Verletzung auftreten sehen, sofern nicht Geld und Rente, sondern Genugtuung die Begehren darstellen. Solche Fälle sehen wir seit uralter Zeit nach Schlägereien, wenn z. B. der böse Nachbar gestraft werden sollte. In der Alltagspsychologie spielen sie eine nicht ganz kleine Rolle, bleiben aber meistens, und zwar rein aus praktischen Gründen, in bescheidenen Formen stehen und gehen dann zurück. Ein ganz klares Beispiel dieser Art sind jene Fälle, in denen der Lehrer ein Kind geschlagen hat und nunmehr Vater oder Mutter oder beide ihre Rache nehmen wollen. Zu oft sieht man jetzt, wie die Eltern die Kinder in die Neurose geradezu hineinpressen, damit ja der Fall nicht zu leicht erscheine, und gelegentlich muß man als Arzt solche Eltern in strengen Worten ermahnen, daß sie, um nicht größeren Schaden anzustellen, ihr Kind nicht weiter verhetzen sollen. Geradezu komisch kann es sein, wie ein solches Kind, von dem schädlichen Einfluß befreit und isoliert, jetzt bei der ärztlichen Untersuchung seine depressive Stimmung rasch aufgibt und auf kleine neckische Fragen herzlich lachen kann und immer weitere Beweise dafür liefert, daß auch hier Kunstprodukte vorliegen, deren Gefahren ja nicht abgeleugnet werden sollen.

In ganz ähnlicher Weise können unter anderen Umständen bei Unversicherten Begehrungsneurosen auftreten, deren Beweggründe dem richtig untersuchenden Arzt auch ohne stundenlange Sensibilitätsprüfung und Gesichtsfeldeinschränkung nicht verborgen bleiben können.

Die Literatur enthält zahlreiche Angaben, daß vor dem Inkrafttreten der sozialen Versicherungsgesetze eigentliche Unfallsneurosen nicht vorhanden gewesen sind. Hierher zählt die Angabe von Charcot, daß er vor 1884 eine traumatische Neurose nie gesehen habe, und die doch überaus auffällige Tatsache, daß Beard in seinem die Welt erobernden Buch über Neurasthenie von Unfall mit keinem Worte spricht.

Viel zitiert ist die Statistik von Braun über die Verhältnisse bei den Eisenbahnen in Österreich:

Vor der Gesetzgebung blieben im Jahrzehnt vor 1895 0,26 % der Verletzten erwerbsunfähig, 1,58 % halbinvalide, in 10 Jahren kein einziger Fall wegen nervöser Erscheinungen! Nach 1895, in den folgenden 10 Jahren waren aber 6,6 % der Verletzten erwerbsunfähig, 2,4 % halbinvalide und jetzt in der Mehrzahl der Erkrankungen nur wegen nervöser Zustände, indem bloß 1,25 % durch körperliche Krankheiten erwerbsunfähig blieben. Die Zunahme ist also

eine 26fache und durch das Novum der Erwerbsunfähigkeit infolge nervöser Leiden bedingt.

Nach K ü h n e r gab es in Italien vor 1890, d. h. vor der Versicherung, fast nie Hysterien nach Eisenbahnunfällen und ebensowenig in Deutschland vor 1870. Desgleichen hat der Engländer T h o r b u r n versichert, daß so lange in England eine Entschädigungspflicht für die Eisenbahnbeamten nicht bestanden, es auch keine traumatische Neurosen gegeben habe, sondern nur für die Fahrgäste, denen gegenüber Haftpflicht eingeführt war.

Ebenso schreibt H ö n i g, vor 1892 kannten die österreichischen Ärzte traumatische Neurosen gar nicht.

Z a n g g e r erklärt 1906, daß in Frankreich vor 1898 das Bild einer traumatischen Neurose eine Seltenheit gewesen, in den letzten 2 Jahren aber in erschreckender Zunahme begriffen sei, ferner daß er in Italien vor der Gesetzgebung keinen Fall gesehen habe, während die Italiener auf deutschem Gebiet „entsetzlich häufig“ erkranken.

Hier ist an die Angabe von B l i n d aus dem Elsaß zu denken, daß die Einheimischen nur 6 %, die Italiener aber in den gleichen Betrieben 39 % Neurosensymptome nach Unfällen aufweisen.

Von Griechenland berichtet Y a k r i s, daß bei dem Fehlen eines Unfallgesetzes traumatische Neurose selten sei, obwohl das Volk sehr zu Neurosen disponiert wäre. So habe er unter 937 von ihm gerichtsärztlich begutachteten Verletzungen nur 2 Fälle traumatischer Hysterie gesehen, eine Aphonie bei einer Frau nach Rauferei mit dem baldigen Ausgang in völlige Genesung, und einen zweiten Fall, nervöse Kniebeschwerden, die auf einen 23 Jahre zurückliegenden Unfall bezogen wurden (mit wieviel Berechtigung?). Charakteristisch ist, daß Y a k r i s jetzt zwei in Paris gesehene traumatische Neurosen als Beispiele dieses Leidens wiedergibt, weil er nichts Eigenes vorbringen kann.

Zahlreiche deutsche Autoren haben das Auftreten oder doch die große Zunahme der traumatischen Neurosen seit der Gesetzgebung vertreten, z. B. M e n d e l, F r i e d m a n n, G a u p p, P l a c z e k.

Die gleiche Beweisführung ist auch aus jenen zahlreichen Aussprüchen vieler Autoren zu gewinnen, die das Auftreten der Unfallsneurosen ausschließlich an das Versichertsein anknüpfen. Ich habe gegenüber einer so verallgemeinerten Auffassung früher meine Bedenken geäußert und vertrete persönlich diese Auffassung nur in den von mir gezeichneten Einschränkungen.

Bekannt ist hier der Satz von W i n d s c h e i d: Ohne Rente keine Unfallsneurose (Kongreß Rom 1909), und 1903 schreibt der gleiche, so überaus erfahrene Begutachter: Statt traumatischer Neurose soll man sagen Unfallshysterie. „Sie fällt und steht mit dem Anspruch auf Rentenentschädigung.“

M o r s e l l i: Ohne Entschädigungspflicht gibt es nie Unfallsneurosen und nur sehr selten Schreckneurosen.

S a c h s: Unfallsneurosen sind die Reaktionen der Degenerierten auf renteberechtigenden Unfall.

Manche Autoren sprechen daher mit P o c h o n und K a u f m a n n direkt von Unfalls g e s e t z neurosen oder Unfalls v e r s i c h e r u n g s-neurosen.

In einem späteren Abschnitt über Parallelen und fehlende Parallelen zu den traumatischen Neurosen werde ich ganz besonders eindringliche Beweise für die in der Tat vor allem wichtigen Folgen des Versichertseins geben. Nun gibt es aber doch in der Literatur immer wieder Angaben, daß auch beim Fehlen oder Nichtgeltendmachen von Entschädigungsansprüchen Unfallsneurosen beobachtet werden können.

Die Wichtigkeit eines solchen Nachweises hat Oppenheim sehr früh empfunden und daher durch seinen Schüler Steinthal (1889) 7 einschlägige Fälle mitgeteilt, wovon allerdings 3 bereits in der Monographie von Oppenheim bekannt gegeben sind. Prüfen wir die Beweiskraft dieser Studien. Alle mitgeteilten Beobachtungen sind ganz ausgesprochene Hysteriephasen nach Unfällen.

1. 30jähriges Dienstmädchen, beim Fall 24 Stunden bewußtlos. Ausgesprochene Hysterie. Auffällige Besserung der Bewegungsstörungen nach Exzision kleiner Muskelstücke. Blieb aber hysterisch.

2. Ausgesprochene Hysterie nach Eisenbahnunfall vom Jahre 1869. Deshalb Entschädigungsansprüche unmöglich! Die hysterischen Erscheinungen werden hier auf einen vor 19 Jahren stattgefundenen Unfall zurückgeführt! Untersuchung erst 1888!! Also ganz unklar, ob nicht andere Umstände in den 19 Jahren nicht viel mehr als der Unfall zu bedeuten hatten.

Ähnlich liegen auch bei allen weiteren Mitteilungen typische Hysteriephasen vor, dazu im Fall 3 eine Epilepsie und es findet sich zu Fall 5 die Bemerkung, „schon vorher immer ängstlich", und für 4, 6, 7 ist das vor allem Wichtige, der weitere Verlauf, nicht angegeben!

Oppenheim hat durch Steinthal hier nachzuweisen versucht, es gebe Unfallsneurosen mit dem vollen Krankheitsbilde auch ohne Entschädigungsansprüche. Oppenheim hat aber selbst früher (1887) die auch von uns anerkannte Erklärung gegeben, in diesen Fällen liege meistens hereditäre Disposition, Neuropathie oder Alkoholismus vor. Wir können noch zufügen, und es zeigt sich Hysterie, nicht aber Begehrungsneurose.

Die sechs von Möbius bekanntgegebenen Erkrankungen an traumatischen Neurosen nach Unfall ohne Entschädigungsansprüche (Fall 2 Tik nach einem Überfall, Fall 3 hysterische Anfälle eines geprügelten Lehrlings) sind fast alle Hysteriephasen, von denen bei den ersten fünf jede Angabe über den Verlauf fehlt. Gerade so wie bei Steinthal kann man nirgends das Verbissene und Querulierende der Rechtsstreitneurose auch nur in Andeutung finden, und die Beobachtungen unterscheiden sich in keiner Weise von gewöhnlichen Hysterien.

Knotz will an Hand von drei Unfallsneurosen aus Bosnien (Fehlen von Versicherung) beweisen, daß die Krankheit „sich jenseits von Gut und Böse der heutigen Unfallsversicherungsgesetze entwickelte". Alle drei Erkrankungen stellen Schädelfrakturen dar mit einigen hysterischen Zügen. Zwei sind erst kurz nach dem Unfall untersucht; ein Verlauf fehlt also.

Trappe teilt hysterische Kontrakturen mit, von denen bei Fall 2 und 3 Entschädigungsansprüche nicht vorlagen. Fall 2 zeigt bei einem 9jährigen neuropathischen Mädchen nach Hundebiß eine Kontraktur im Bein, die nach 3 Tagen geheilt war! In der anderen Beobachtung handelt es sich um ein 20jähriges Mädchen, das von Jugend auf Krampfanfälle, mit Arc de cercle aufweist und vor 3 Jahren von der Leiter gefallen war.

Bei dieser „schweren Hysterie“ war kein Erfolg erreichbar. Das wird uns gewiß nicht wundern!

Bei Traugott liegt eine Kinderhysterie mit gutartigem Verlauf vor. Desgleichen sind die drei Beobachtungen von Schwarz ganz ausgesprochene Hysterien, die der ärztlichen Behandlung und Suggestion sehr zugänglich sich erwiesen und daher rasch in Heilung übergingen. Schwarz schrieb z. B.: „Ihre Seele war frei und der Suggestion, du bist gesund, zugänglich. Unter dem Einfluß des Versichertseins wäre es wohl anders gegangen!“

Daß bei dem Bettler von W. Ewald die Neurose angehalten hat, „ohne daß für die Entstehung oder Fortdauer des Leidens irgendwelche (!) Begehrungsvorstellungen in Frage kommen könnten“, wird wohl so rasch niemand glauben. Einen Bettler ohne Begehrungsvorstellungen kann man sich doch wohl schwer ausdenken. Daß er nach 18 Jahren im Armenhaus lebte, spricht gewiß nicht dagegen. Und nun der „Unfall“! Ein Stein fiel herab auf die Stelle, wo er eben noch den Fuß gehabt, aber schon zurückgezogen hatte. Fast augenblicklich (!) Lähmung des linken Beines und Empfindungsstörung. Motilität allmählich besser, aber die Kraft blieb in allen folgenden Jahren vermindert, und der Fuß wurde nachgeschleppt.

Steyerthal hebt in einer speziellen Studie den günstigen Verlauf der traumatischen Neurose ohne Entschädigungsansprüche und auch derjenigen, die mit ihren Begehren abgewiesen wurden, hervor, gegenüber dem Nichtgesundwerden der Versicherten mit Rente. Wenn von den Nichtversicherten eine Dame nach einer großen Schnittwunde des Unterschenkels eine schlaffe hysterische Lähmung bekam und nach 6 Jahren noch nicht wieder gehen konnte, so entspricht das den bekannten, glücklicherweise seltenen Fällen schwerer Hysterie, die auch ohne Vorliegen eines Traumas nicht zur Heilung gelangen. Gerade die Art der Verletzung zeugt, wie auch die Schnelligkeit des Auftretens der Lähmung, für die rein endogene Entstehung der Neurose.

Andere in der Literatur noch erwähnte Beobachtungen ohne Rechtsansprüche sind zum Teil Schreckhysterien (Wernicke, Friedmann, Veraguth), zum Teil so stark mit organischen Leiden kompliziert (Veraguth Fall 1 Herzinsuffizienz, Meyer, Tabes oder Taboparalyse), daß sie für die Beurteilung ausfallen.

Die Angabe von Möbius, daß Bernheim in seinem Buche über Hypnotismus siebzehn traumatische Neurosen ohne Entschädigungsansprüche wiedergebe, beruht auf einem literarischen Irrtum, nur Beobachtung 12 zeigt ein Trauma in der Anamnese.

Überblicken wir also alle in der Literatur enthaltenen Angaben und Publikationen von Unfallsneurosen ohne Begehrungsvorstellungen, so kommen wir zu folgenden Schlüssen:

1. In einem Teil der Fälle sind schwere organische Hirnverletzungen oder schwere andere Ursachen neben der Neurose vorhanden. Solche Fälle müssen für die Beurteilung ausscheiden.

2. Fast immer hat es sich um Schreckhysterien mit ganz plötzlich auftretenden Lähmungen (Bein, Arm, Aphonie, Mutismus) gehandelt, von denen der weitaus größte Teil rasch, zum Teil sogar in wenigen Tagen geheilt war. Nur ganz wenige blieben ungeheilt und entsprachen schweren endogenen Hysterien. Der Verlauf dieser Schreckhysterien steht in

größtem Gegensatz zu dem Nichtgesundwerden der Unfallsneurosen mit Rechtsansprüchen.

3. Es fehlt all den mitgeteilten Fällen das Moment der eigentlichen Unfallsneurosen (Gruppe IV), daß sie keinen Willen zum Gesundwerden zeigen, unbelehrbar, mürrisch, verbissen, querulierend auftreten, und ihre Erscheinungen steigern mit stetem Schlimmerwerden aller Befunde. So gibt es auch keinerlei Paranoia querulatoria nach Unfall, wenn nicht Rechtsansprüche vorliegen (Schuster)!

4. Gelegentlich sind die Begehrungen nur verborgen. Man denke an den Bettler, an den Mann mit dem Eisenbahnunfall vom Jahre 1869, der schon bei einem Unglück im Jahre 1871 Entschädigung bezogen hätte.

5. Meist dürften schwere endogene Neurosen vorgelegen haben, bei denen der Unfall überhaupt kaum eine Rolle gespielt hat, oder ganz willkürlich nach vielen Jahren als Ursache angesprochen worden ist.

Ich glaube daher ruhig sagen zu dürfen, daß das eingehende Studium all dieser Fälle nicht gegen, sondern in ausgesprochener Weise für meine oben entwickelten Ansichten zeugt. Ich verweise aber zur weiteren Beweisführung noch ganz besonders auf das Kapitel der Parallelen und fehlenden Parallelen zu den Unfallsneurosen.

Kapitel IV.

Vorschlag zu einer psychologischen Nomenklatur im Gebiet der Unfalls- und Begehrungsneurosen.

Zur Verständigung wird man in Zukunft gut tun, den an sich unrichtigen Namen traumatische Neurose ganz zu vermeiden oder doch nur als Sammelbegriff zu einer vorläufigen Klassifikation zu verwenden. Für die völlige Tilgung des unglücklichen Namens wird seit Jahren von zahlreichen Autoren eingetreten, zumal für viele Leute und leider auch noch unzählige Ärzte die Gedankenverbindungen traumatische Neurose: Unheilbarkeit, sogar dauerndes Siechtum, hohe Rente oder Entschädigung reflexartig auftauchen. Auch für die Gerichte sollte der Name soweit als möglich vermieden werden, da die Begriffe und Vorstellungen, die sich an ihn knüpften, heute ärztlich überwunden sind, man aber nicht vom Richter verlangen kann, daß er die Ergebnisse der ärztlichen Wissenschaft fortlaufend verfolge.

In ganz ähnlicher Weise muß aus rein praktischen Gründen der Name Hysterie oft vermieden werden. Die Gründe sind jedem Arzt bekannt. Ich brauche sie nicht anzuführen, Aber auch mit dem Ausdruck Begehrungsneurose wird man bei leichteren Fällen zurückhalten, um einen anständigen Rückzug zu erleichtern. Anderseits soll bei krassen Fällen von Rentensucht der Arzt offen zu seiner Überzeugung stehen und das Kind beim richtigen Namen nennen.

In wissenschaftlichen Abhandlungen wird man die unter I bis IV gewählten Namen gebrauchen und Unfallsneurosen höchstens als Sammelbegriff verwerten, um gleich von vornherein sich verständlich zu machen und zu trennen, was getrennt werden muß. Je tiefer jedoch dieses Gebiet

psychologisch erfaßt ist, und je stärker die Fälle in den Kreis der gewöhnlichen, an sich nicht pathologischen Begehren hineinfallen, desto mehr sollte man in Zukunft auch die ganze Sachlage psychologisch und ohne rein medizinische Nomenklatur zum Ausdruck bringen, besonders wenn es sich nicht um Krankheit handelt, also z. B. in eigenen Beobachtungen:

1. Leichte Verschlimmerung einer schon vorher vorhandenen mäßig starken Hysterie durch alle die Erregungen, die sich an den leichten Unfall anknüpfen.

2. Schreckneurose nach einem Unfall, durch ungünstige Einflüsse der Umgebung zur Erlangung einer Rente genährt, entwickelt und festgehalten.

3. Beamten„neurasthenie" mit Kuriersucht (Recht auf freie ärztliche Behandlung, Badekuren inbegriffen!) und Rentensucht, genährt durch Vorbilder.

4. Querulatorische Rentensucht mit starker bewußter Übertreibung und Alkoholismus.

5. Apathisch-depressive (angeborene) Neurose, verschlimmert durch Rentensucht auf dem Boden der Volksvorstellung: Unfall, also Geldentschädigung.

6. Ethische Degeneration und Simulation, basierend auf angeborener Minderwertigkeit, enorm gefördert und entwickelt durch jahrelange Rentenkämpfe mit starkem Verschulden der viel zu langsamen und sich mehrfach widersprechenden Rechtsprechung.

So formulierte Diagnosen beleuchten die verwickelten und in jedem Fall wieder besonders liegenden Psychismen doch ganz anders als der Sammeltopf traumatische Neurose.

Kapitel V.

Parallelen zu den traumatischen Neurosen.

Für die Erkenntnis der grundlegenden Tatsache, die für die richtige Auffassung der traumatischen Neurose von entscheidender Bedeutung ist, daß nicht organische, sondern psychogene Faktoren die Krankheit auslösen, entwickeln und fixieren, verdient der Nachweis vollkommen gleicher Neurosen ohne jeden Unfall die größte Beachtung.

Von vielen Autoren ist seit Jahren betont worden, daß ein eigentliches Unfallsereignis gar nicht eingetreten zu sein braucht. Oft genügt es, daß ein solches bevorstand und die Affekte des Patienten aufs höchste bewegte. Wir finden solche vielfach auch von den Gerichten beurteilte Fälle besonders oft in der Gruppe III der Schreckneurosen, aber ebenso oft wohl auch bei der Gruppe II der Hysteriephasen und nicht ganz selten auch bei den eigentlichen Unfallsneurosen, die sich ganz dominierend auf Grund der Begehrungsvorstellungen aufbauen und zur Rentensucht steigern.

In manchen dieser Fälle spielt aber wenigstens die Möglichkeit des Eintretens eines Unfalles eine Rolle. Sie wird, wenn es sich um starke

Affekte gehandelt hat, von den Begutachtern und Richtern[1]) meist dem Unfall selbst gleichgesetzt.

Nun gibt es aber noch andere Begehrungsneurosen, mit oder ohne hysterische Beiklänge, bei denen nun wirklich von Unfall niemals auch nur im entferntesten die Rede sein kann, und diese Fälle sind es, die uns hier besonders interessieren, zumal sie in ihren Erscheinungen vollkommen mit den Unfallsneurosen übereinstimmen.

1. Invaliditätswunschneurosen.

Zu seinem größten Erstaunen sieht derjenige, der aus einem Lande ohne Invaliditätsversicherung kommt, eine große Anzahl Leute in jungen oder mittleren Jahren den Arzt bestürmen, ihnen ein Zeugnis über eingetretene Invalidität auszustellen. Zum erheblichen Teil sind das Nervöse, besonders Hysterische, die in der Überzeugung von der Schwere ihres Leidens von der Berechtigung ihrer Forderung ganz oder doch einigermaßen überzeugt sind. Die vorgebrachten Klagen gehen sehr selten direkt auf Nervosität hinaus, das wäre ein zu schwacher Resonanzboden! sondern lauten auf die Namen organischer Krankheiten, wie chronischen Gelenkrheumatismus, chronische Ischias, Herzleiden, chronische Magen- und Darmleiden, Rückenmarksleiden, Gebärmuttersenkung usw. Die Diagnose wird dem Arzt schon fix und fertig überreicht. Aber ebenso oft sind es Leute, die man durchaus nicht als nervenkrank bezeichnen kann, die nach geringen oder geringsten Leiden aus reinen Begehrungsvorstellungen heraus den Zeitpunkt als gekommen erachten, in dem sie für die jahrelange Einzahlung in die Invalidenversicherung nun auch einmal das blanke Geld wieder zurückströmen sehen wollen. Die Argumentation in dieser Hinsicht ist oft erschreckend naiv, und die Beispiele des Nachbarn, der den Segen schon genießt und doch viel weniger krank ist, fehlen selten. Wir finden hier also die Gruppe II und IV der Unfallsneurosen und deren Kombination in wunderbarer Ausprägung wieder.

Einzelne solcher Leute, die niemals bisher einen Arzt konsultiert haben, rücken in die Sprechstunde ein mit der lakonischen Rede, ich muß ein Gutachten haben, daß ich invalide bin, und wirken dadurch geradezu abstoßend. Von einem Wunsch nach Heilung oder auch nur nach Behandlung ist keine Rede. Die ärztliche Hilfe ist dabei vielfach auch noch gar nicht versucht worden! Andere, geriebenere, lassen der Form wegen eine gewisse Behandlung vorausgehen, um nachher ihre Ansprüche um so

[1]) Man macht sich nur schwer einen Begriff, wie weit in allen solchen Fragen der Schreck, das psychische Trauma, dem Unfall gleichgesetzt wird, und zwar selbst von den höchsten Gerichten. Beispiele: Reichsgerichtsentscheid vom 18. Oktober 1911. Der Schreck, den ein Bierführer darüber erlitten hat, daß ihm eine große Summe im Betriebsinteresse mitgeführten Geldes aus dem Bierwagen gestohlen worden ist, ist als Betriebsunfall anerkannt worden! — Reichsversicherungsamt vom 18. Dezember 1911. Anblick eines handtellergroßen Stückes der Hirnschale eines kurz vorher verunglückten Kameraden. Der neurasthenisch veranlagte Bergmann erschrak heftig. Entscheid: Schwere Neurasthenie sei durch diesen Anblick ausgelöst worden. $66^2/_3$ % E.E. zubewilligt. — Reichsversicherungsamt vom 23. Januar 1911. Eisenbahnzusammenstoß. Schreck, keine Verletzung — Tod des Lokomotivführers 3 Jahre später an Diabetes als zweifellose (!) Unfallsfolge anerkannt. — Anderseits verlangt aber das Reichsversicherungsamt (20. Januar 1909, siehe Horn) Ablehnung der Ansprüche, wenn bei geringfügigem Unfall eine direkte wesentliche Schädigung des Nervensystems gefehlt hat.

gewandter und mit um so größerem Gewicht verteidigen zu können. Wenn der Arzt nach gewissenhafter Untersuchung mit ruhigen Worten erklärt, daß ein ernsteres Leiden nicht vorliegt (von völliger Gesundheit darf man nur selten reden, das ist zu gewagt), daß vor allem die Voraussetzung des Gesetzes: weniger als ein Drittel erwerbsfähig, nicht besteht, so kann es zu gewaltigen Explosionen kommen. Der Arzt ist eben nur noch Mittel zum Geldzweck. Mag er noch so sehr in Amt und Würden stehen, er vermag die vorgefaßte Meinung des Patienten nicht zu überwinden. Auch der schönste akademische Titel hilft hier nichts mehr. Jede Autorität ist entwertet. Der angebliche Patient weiß selbst in medizinischen Fragen alles besser.

Bei der Prüfung der Psyche begegnen uns vorwiegend die rechthaberischen, querulierenden Leute mit großer Gereiztheit, wie sie ja den meisten Begehrungsneurosen eigen ist. Aber auch Apathisch-Depressive sind nicht selten, letztere viel häufiger beim Bestehen gewisser Grade von Hysterie, wobei ich bei dieser Besprechung hier selbstverständlich jede schwerere Hysterie ausschließe, so gut wie reine Simulation.

Nicht immer erreichen solche Leute gleich ihren Zweck. Aber sie besitzen Willen und Energie, obwohl sie in manchen Gutachten als apathisch, willensschwach und energielos bezeichnet werden. Welch ein Gegensatz! Mit der Zeit erreichen sie in der Regel ihr Ziel, selbst wenn vorher Gutachten aus Kliniken bei der objektivsten Prüfung der Sachlage für eine Invalidisierung ganz und gar nicht eintreten konnten. Manche Ärzte sind leider für die Wünsche sofort zu haben. Sie vermögen die Bedeutung des Leidens nicht richtig einzuschätzen. Sie verfügen nicht über die nötige Psychologie, die hier allein die Klarheit schaffen kann. Sie sind zu abhängig von den Kassen und ihren Patienten, und durch frühere ähnliche und für sie ungünstig ausgelaufene Fälle längst in ihrem früheren Widerstand gebrochen.

Selbstverständlich fehlen auch all die kleinen neurologischen Befunde nicht, die ja so oft den wissenschaftlichen Anstrich des ganzen Gutachtens ausmachen: Pulsbeschleunigung (in der Sprechstunde!), Neigung zu Schweißen, Dermographie, erhöhte Reflexe an den Sehnen, erloschener Gaumenreflex, und wer noch weiter sucht, der findet bei genügender Ausdauer bei der normalen, aber großen Suggestibilität dieser Leute und ihrem guten Willen, dem Arzt entgegenzukommen, auch Sensibilitätsstörungen und eingeengtes Gesichtsfeld.

Was will man da noch mehr? Auffällig bleibt nur, daß diese Leute in der großen Mehrzahl bis zur Stunde voll verdient haben! Doch an solchen Kleinigkeiten stößt sich der „humane" Begutachter nicht.

Aus tiefster Seele sage ich hier: Es ist ein Elend und eine Qual für den Arzt, eine Entwürdigung des ärztlichen Standes, und nur den einen Trost kann man sich zurecht schmieden, daß bei so günstiger Gelegenheit schwache Menschen, die es nun einmal überall gibt, der Versuchung eben oft nicht widerstehen können, und daß man sich darüber eigentlich ja nicht wundern sollte. Doch dieser Trost wird gering, wenn wir die große Zahl dieser größtenteils bewußt unberechtigten Forderungen berücksichtigen. So gibt Beyer an, daß er in 2 Jahren über tausend Invaliditätswünsche begutachten mußte.

Eine sichere Statistik über die Zahl dieser Gesuche liegt nicht vor und kann vorläufig nicht vorliegen, da höchstens über die von der Ver-

sicherung abgewiesenen Fälle, nicht über die schon bei Beginn des Versuches im Keim erstickten, eine Zahl zu berechnen wäre. Charakteristisch ist übrigens, daß man nicht selten andere Leute die vom Arzt auf Grund seiner Befunde angebotene und ärztlich dringend angezeigte Invalidisierung ablehnen sieht mit der Begründung, daß der Mann die höchste Invalidenrente erst mit 65 Jahren erhalte und bis dann zuwarten wolle (eigene Beobachtung).

Nicht selten trifft man bei zufälliger vorübergehender Erkrankung solcher Invalidisierter völlig normale Verhältnisse. Läßt man sich die Invaliditätsakten kommen, so ist man nicht gering erstaunt, daß die Leute wegen Lungentuberkulose, Basedow und allen möglichen, oft sogar wegen mehrfacher ernster Leiden invalide erklärt worden sind. Wenn man nun aber solchen „Patienten" sagt, sogar nach kontrollierender Röntgenuntersuchung, daß die Lunge tadellos gesund sei, dann kommt man schlecht an, und von Freude über die gesunde Lunge ist keine Rede. Die bedrohte Rente ist der einzige Gedanke. Mit Schimpfen verlassen sie den Arzt, schicken, zu Hause angekommen, äußerst wenig schmeichelhafte Briefe ab, setzen Gemeindebehörden und besonders Pfarrer in Bewegung, die in ernsten Worten dem Arzt die Verkennung der Leiden, seine Inhumanität und Gewissenlosigkeit vorwerfen, sie, die Richter über den Arzt in ärztlichen Dingen! und berufen sich auf ihre eigene Anschauung, der gegenüber natürlich der ärztliche Befund nichts wert sein soll.

Maßlose Übertreibung vorhandener, aber nicht erheblicher Beschwerden, kommt auf dem Boden der Invaliditätsansprüche auch besonders im Heere vor. Hillebrecht beschreibt die so entstandene Steigerung neurotischer Beschwerden, um Rente zu erreichen.

Ich habe auch zahlreiche Fälle dieser Gruppe gesehen, über deren unsinnig hohe Einschätzung ich mich gewundert habe. Gar nicht selten bezogen nachher solche zu fünfzig und mehr Prozent Invalidierte später andauernd Volllohn und waren nie in Behandlung, außer wenn etwa Rentenrevision drohte. Mayer zählt für die Soldatenhysterie die Hoffnung auf Rente zu den wichtigsten Motiven.

2. Krankenversicherung.

Genau die gleichen Erfahrungen macht man im Gebiet der Krankenversicherung, nur daß es hier, wie z. B. Hellpach schreibt, „noch toller" zugeht. Die harmlosesten Sachen werden manchmal unglaublich in die Länge gezogen. Es liegt mir selbstverständlich fern zu behaupten, daß es immer so sei, aber leider ist es oft so.

Ich sah einst einen Mann mit leichtester Bronchitis die Sprechstunde aufsuchen und hatte ihn längst vergessen, als er nach 50 Tagen wieder kam, lächelnd den Abmeldungsschein ausbreitete, jetzt sei er gesund, nachdem er inzwischen nie mehr einen Arzt aufgesucht hatte.

Der Arzt, der wegen eines ausgedehnten Herpes Zoster an schwerer Störung der Nachtruhe leidet, denkt nicht eine Stunde an Aussetzen seiner Berufstätigkeit, während er z. B. gleichzeitig (eigene Erfahrung) einen Patienten an der gleichen Krankheit behandelt, den er seit 2 Monaten mit keinem Mittel wieder zur Arbeit bringt.

Überhaupt wäre es interessant, eine Statistik zu besitzen, wie viele Tage durchschnittlich ein versicherter Arzt in seinem Beruf jährlich

wegen Krankheit aussetzt gegenüber anderen Berufsklassen. Das würde wohl große, schwer — nein! leichtverständliche Unterschiede geben.

Nun kommt außerdem bei der Krankenversicherung noch zum Schluß vielfach die Frage bleibender Nachteil und Invalidität. Fragt man solche Leute: warum sie ihre Arbeit nicht früher aufnehmen, so kommen eben Klagen über allgemein nervöse Beschwerden, Kopfweh, Schwindel, Herzklopfen, Atemnot, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Schmerzen da und dort usw. heraus, und die neurologischen Befunde lauten selbstverständlich, wie es oben bei den Invaliditätswunschneurosen geschildert ist. Vertieft man sich in die Psychogenese dieser Störungen, so stößt man auf die gleichen Wurzeln, wie sie bereits dargestellt sind.

Die volle Identität der eigentlichen Unfallsneurosen (Gruppe IV) mit den nichttraumatischen Begehrungsneurosen in bezug auf Psychogenese, Symptomatologie, kaum erreichbare Heilung, unverschämtes querulierendes Benehmen, Häufigkeit der Aggravation und Simulation beschrieb ich für die Bleivergiftungen bei Malern in der Schweiz. In Deutschland kommen solche Fälle, wie mir Fr. Müller damals versichert hat, und wie ich inzwischen selbst gesehen habe, nicht vor, weil hier die Bleivergiftung als Berufskrankheit nicht Unfällen gleichgesetzt ist. Aber selbst in der Schweiz zeigt sich die Sache als regelmäßig gegen den Winter auftretende Epidemie nur in Zürich. Meine Nachforschungen ergaben, daß zu gleicher Zeit in Luzern kein einziger Fall angemeldet war, während in Zürich Epidemie herrschte.

Auch da war die Psychogenese klar. Auf der einen Seite drohender Arbeitsverlust durch den Winter, auf der anderen Seite Gelegenheit, viele Wochen vollen Tageslohn bei Kranksein zu erhalten. Nun waren in der Tat die meisten sich Anmeldenden leicht bleikrank und spürten gewiß allerlei Beschwerden. Schwere Fälle oder auch nur erhebliche Intoxikation waren indessen sehr selten. Sie scheiden hier von der Besprechung aus. Dazu kam nun die Massensuggestion. Das Merkblättlein über die Zeichen der Vergiftung war jedem Arbeiter aus prophylaktischen Gründen in die Hand gegeben. In einer Berufsversammlung wurde gegen die Versicherungen protestiert, die das Krankengeld nicht auszahlen wollten oder Schwierigkeiten machten. Fehler waren tatsächlich vorgekommen, meist aber gut erklärbar, wenn auch nicht immer entschuldbar, und zwar durch den ganz abnormen Andrang angeblich Bleivergifteter, der doch unbedingt den Anschein erwecken mußte, daß es nicht immer mit rechten Dingen zugehe. Dazu hatten einzelne nach persönlichem Streit mit dem Meister sich bei drohender oder ausgesprochener Entlassung sofort bleikrank gemeldet und gelegentlich unter zynischem Lächeln vom früheren Meister den Krankenschein verlangt. (Das war nicht nur eine Behauptung, in einzelnen Fällen war es tatsächlich wahr.) Die Ärzte, die mit der größten Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit jeden Fall prüften (außer den gewöhnlichen Untersuchungen eingehende Blutuntersuchungen, chemische Bleianalysen des Urins), konnten keine oder nur geringe Veränderungen entdecken. Dennoch in vielen Fällen keinerlei Erfolg der Behandlung und endloses Hinausziehen der Genesung. Zum Schluß Forderung auf Invalidität, auf Kuren an der Riviera und in Korfu! Ein Teil ist auch mit erheblichen Kapitalsummen abgefunden worden, um endlich erledigt zu werden. Zu einem kleinen Teil hatte es sich um von vornherein nervöse Leute gehandelt, die natürlich unter allen diesen Umständen besonders intensiv reagierten. Zum größeren Teil spielte eine unbewußte, zum kleineren Teil eine bewußte Übertreibung mit, von der sich die unbewußte ja aus der ganzen Sachlage ungezwungen erklären ließ. Zu einem anderen, leider nicht ganz kleinen Teil war aber böser Wille, völlig bewußte Übertreibung und reine Simulation er-

wiesen, mehrfach indessen erst nach längerer Zeit. Ein besonders schwerer Simulant, der immer und immer wieder Bleikrankheit vorschützte, wurde später als Betrüger flüchtig. Erst jetzt wurden der Versicherung dreißig (!) Zeugen angeboten, daß der Mann während der ganzen Zeit seiner Krankheit als Komiker bei Vereinsanlässen aufgetreten (das Zeitungsinserat seiner Empfehlung besitze ich), nie vor morgens 4 Uhr nach Hause gekommen war, diese und jene betrogen habe usw. Daß ein solcher Mann nach solchen Nächten matt und angegriffen aussah, labilen Puls, gesteigerte Reflexe und dergleichen „Befunde" aufwies, läßt sich verstehen, sowie daß er über Kopfweh und Müdigkeit klagen konnte. Aber auch die anderen Leute boten in der Mehrzahl das Bild von Neurosen, in die sie bewußt oder unbewußt hineingekommen waren. Anästhesien und Gesichtsfeldeinschränkungen ließen sich selbstverständlich auch finden, vor allem aber war das ganze Benehmen, mit dem sie ihre Rechte verteidigten, ein ausgesprochen gereiztes, verbittertes, querulierendes.

Kann man eine vollständigere Parallele zur traumatischen Neurose sich wünschen? Wahrheit und Dichtung, angeborene Neurose, Suggestion, bewußte Übertreibung, Simulation, alles bunt gemischt, alles aber in der Hauptsache auf dem Boden des Versichertseins und der Rechtsansprüche künstlich großgezogen. Und während so die leichtesten Erkrankungen in Monaten nicht zur Heilung zu bringen waren, sah man die allerschwersten Fälle von Bleivergiftung ohne Auftreten von Begehrungsvorstellungen in 2—3 Wochen die Arbeit wieder aufnehmen.

Literatur dieser Bleineurosen s. Naegeli 1909, 1913 und Kupermann 1912 (Inaug.-Diss. Zürich).

3. Die Kuriersucht bei Beamten.

Die Kuriersucht derjenigen Versicherten, die nicht nur tägliches Krankengeld, sondern auch das Recht für Badekuren und Kurorte haben.

Während sonst versicherte Neurotiker und Leute mit Begehrungsvorstellungen regelmäßig nach kurzer Zeit jede Behandlung ablehnen, ja sich dagegen beschweren, indessen niemals den Arzt wechseln, vorausgesetzt, daß er ihren übrigen Wünschen entspricht und ihren Begehren nicht entgegentritt, gibt es eine ganz bestimmte Kategorie von Leuten, die nun ein Übermaß von Behandlung verlangen, namentlich Kuraufenthalte und Badekuren durchsetzen wollen. In höchst anschaulicher Weise sind solche Beobachtungen von Mann für Beamtete geschildert worden.

Mann spricht von einem „Kampf um Heilverfahren" neben dem Rentenkampf. Die psychogene Basis liegt darin, daß Beamtete gemäß Gesetz bei Invalidität nach Unfall eine Rente von $66^2/_3$ % bekommen, dazu aber den Betrag für die noch erwachsenden Kosten des Heilverfahrens. Dieser Betrag fällt in der Regel sehr hoch aus, so daß die Kassen zu der Rente noch eine alljährliche Abfindung von 300—500 M. für Heilkosten anbieten müssen, wodurch natürlich einfach die Rente nicht unwesentlich sich erhöht. Mann fährt fort: Ist jetzt aber die Übereinkunft einer ständigen jährlichen Mehrleistung von seiten der Kasse in dieser Höhe getroffen, „so ist vom Kampf um Heilverfahren natürlich (!) nicht mehr die Rede". Die Leute haben jetzt einfach erheblich mehr Geld erhalten. Bei Nachuntersuchungen ergibt sich selbstverständlich von Heilung niemals eine Spur, sondern stets das „unveränderte Bild". Besonders spielt die Badekur in diesem Kampf um Heilverfahren eine große

Rolle. Einzelne Gerichte haben entschieden, daß eine Badekur ein „begründetes und notwendiges Heilmittel sei".

Ich möchte hier die Frage einschalten, ob auch der Patient über die Wahl seines Kurortes, den er dem Arzt ja gewöhnlich schon mit größter Bestimmtheit als den einzig richtigen bezeichnet, zu entscheiden hat? Sollten vielleicht schweizerische und deutsche Kassen, um den Willen der Patienten zu erfüllen und der Freiheit des einzelnen keine inhumane Beschränkung aufzuerlegen, nicht an der Riviera und in Korfu (vgl. S. 36) Kurhäuser errichten? Möbius sagte ja so schön, heute hat eben der Arbeiter das Recht, so lange auszusetzen, bis er ganz gesund ist. Gibt man diese Auffassung von Möbius zu, so entscheidet der Patient und nicht mehr der Arzt.

Sehr unterhaltend schildert nun Mann, wie ein Beamteter endlich nach 3 Jahren Prozeß seine Badekur erstritten hat, jetzt aber natürlich wieder eine neue braucht.

Auch ich habe selbst solche Fälle erlebt. Sie gehören zu den ekelhaftesten Auswüchsen des Mißbrauchs. Wiederholt ist es mir vorgekommen, daß solche Leute nicht die geringste Behandlung von seiten des Arztes mehr haben wollten und nur noch ein Zeugnis, auf ihr Recht pochend, verlangten, daß sie eine Badekur nötig hätten, sogar dann, wenn sie über $1^1/_2$ Jahre keinen Arzt mehr gesehen hatten.

Die Erfolge solcher Badekuren sind selbstverständlich äußerst gering. Gewiß geben nach einiger Zeit die Leute eine gewisse Besserung zu (die psychologischen Gründe dafür brauche ich hier nicht auszuführen), aber im nächsten Sommer wird die Badekur wieder nötig usw. Selbstverständlich handelt es sich auch hier recht oft um leichte Hysterien und andere Neurosen, also um Kranke. Aber durch die Gesetzesfassung mit ihrer Verlockung zu Begehren, nimmt jetzt die Neurose eine Verschärfung und einen querulierenden Charakter an, der sehr zum Schaden des Patienten ausfällt.

Selbstverständlich finden wir in den Bädern und Wasserheilanstalten massenhaft leichte Neurotiker ohne Begehrungsvorstellungen, die trotz ihrer Angabe über Ischias, Gelenk- und Muskelrheumatismen rein psychisch und in keiner Weise organisch krank sind. Der geschickte Therapeut versteht diese Kranken unter irgend einer Flagge psychisch zu behandeln und Erfolge zu erzielen. Natürlich gibt es auch da später Rückfälle. Vor einer allzu häufigen Wiederholung teurer Kuren schützt aber der Zwang, das tägliche Brot zu erwerben oder das Geschäft nicht Not leiden zu lassen. Es ist eben der Zwang zur Arbeit für solche leichte Neurosen der beste Damm gegen ein drohendes Versinken, in das Sichgehenlassen in die Krankheit. Kaum irgendwo mehr wie hier hat die Arbeit ihren Segen.

4. Kriegsneurosen.

Auch bei den Kriegsneurosen sehen wir, wie bereits von zahlreichen Autoren hervorgehoben ist, durch das allmählich starke Auftreten von Begehrungsvorstellungen die Neurosen sich wesentlich verschlimmern und der Krankheit nicht nur eine lange, oft ganz ungewöhnlich lange Dauer, sondern auch ihren querulatorischen Charakter aufdrücken. Dabei müssen selbstverständlich diese Patienten nicht einmal an der Front gewesen sein. Da kann man Leute sehen, die sich rühmen, schon über

$1^1/_2$ Jahre in Lazaretten, und zwar in fünf und sechs, erfolglos behandelt worden zu sein. Freilich ist es erstaunlich, wie wenig die rein psychogene Genese dieser Magen-, Darm-, Blasen-, Herzleiden, wie vor allem auch wieder der Neuralgien und Rheumatismen durchschaut wird, ein Beweis, wie die heutige Medizin bei dem Streben nach immer größeren Verfeinerungen der Diagnostik organischer Leiden für das psychogene Moment wenig Verständnis und vor allem wenig Interesse hat.

Hier tritt an Stelle der Geld- und Rentenbegehren das Streben, aus der Gefahrenzone zu kommen. Natürlich sind solche Leute schon oft früher bis zu einem gewissen Grade nervös gewesen. Reine Aggravation und Simulation ohne gewisse, wirklich bestehende neurotische Grundlage scheint mir weit seltener. Die Angst, wieder in den durchgemachten schweren Kampf hineinzukommen, die Sorge für das Leben und für die Familie lassen „die Flucht in die Krankheit“ menschlich so sehr begreiflich erscheinen. Wenn irgendwo, so muß aber hier der Satz: Tout comprendre c'est tout pardonner in seiner vollen Unrichtigkeit und seiner staatsgefährlichen Verkehrtheit durchschaut werden. Ich sehe selbstverständlich auch hier von allen ernsteren Neurosen ab und habe nur die Fälle im Sinn, die genau wie bei den traumatischen Neurosen noch in die Breiten des Normalen gehören, wobei ich das Subjektive der Abschätzung der Grenzen wohl kenne.

Bei manchen Fällen dieser Vermengungen von leichten Neurosen mit Begehrungsneurosen genügt der Appell an die Vaterlandsliebe und die bittere Notwendigkeit. Bei anderen kann Strenge und Gewalt nicht vermieden werden. Die Erfahrungen lehren, wie nicht nur die Lazarettärzte, sondern namentlich auch die Frontärzte berichten, daß solche Leute nach Überwindung der ersten Hemmungen gewöhnlich in der Folgezeit ganz tüchtige und tapfere Soldaten sind. Vor allem hilft hier das Herausreißen aus dem Krankenzimmer und aus dem Verkehr mit anderen Neurotikern und Leuten mit Begehrungsvorstellungen, das Hineinbringen in eine Welt der Dura necessitas unter eine große Zahl heldenhafter Krieger, also das gute Beispiel im Gegensatz zu dem schlechten Vorbild.

5. Die Abtreibungswunschneurosen.

So schauderhaft der Name klingt, hier, wo es gilt, die Dinge beim richtigen Namen zu nennen, soll er gebraucht werden. Gar nicht so selten entspricht das Benehmen von Frauen, die aus medizinischen Gründen angeblich eine Unterbrechung der Schwangerschaft durchgesetzt haben wollen, bis in alle Einzelheiten dem gewohnten Bilde bei Unfallsneurosen mit Dominieren der Begehrungsvorstellungen.

Für die Begründung der Forderung pflegen ganz harmlose, nicht oder schwer kontrollierbare Beschwerden ins Feld geführt zu werden, wie große körperliche und geistige Erschöpfung und Nervenabspannung, Kraftlosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, schlechtes Aussehen, ständige Verschlimmerung aller Beschwerden. In anderen Fällen knüpft sich die Sache an eine leichte Bronchitis an, die gewiß tuberkulöser Natur sei, oder es wird angegeben, Verwandte seien auch an Tuberkulose gestorben nach zu vielen Geburten u. dgl.

Vor allem aber wird irgend ein Arzt als Kronzeuge genannt, der einen Lungenspitzenkatarrh gefunden und die Unterbrechung für dringend

nötig erklärt habe, wenn das Leiden nicht einen tödlichen Ausgang nehmen solle. Gelegentlich werden solche Zeugnisse auch mitgebracht. Was ich bisher gesehen habe in dieser Richtung ärztlicher Befunde, war ausnahmslos unbestimmt abgefaßt und ließ die primitivsten Anforderungen an genaue Beobachtungen vermissen.

Zunächst muß gesagt werden, daß in gewissen Gegenden — nicht überall! — die Ärzte bei den geringsten Verdachtsmomenten einer Spitzentuberkulose leider nur zu häufig dem Wunsche der Frauen entsprechen. Man kann dafür kein genügend scharfes Wort finden. Fahrlässigkeit und Pflichtvergessenheit gegen das keimende Leben und gegen den Staat ist das geringste, wie man ein solches Benehmen charakterisieren soll.

Recht oft hat aber der als Kronzeuge angerufene Arzt indessen sich gar nicht so ausgesprochen, wie die Frau in größter Übertreibung oder Lüge angibt, sondern nur ganz allgemein von möglichen Gefahren geredet, ein eigenes Urteil aber gar nicht abgegeben und die Frau an eine Klinik gewiesen, um dieser die Verantwortung aufzuladen, die er aus Gewissensgründen doch nicht tragen will. Der Kliniker hat aber gegenüber solchen Frauen einen schweren Stand. Selbst die genaueste Untersuchung und seine akademische Stellung geben ihm hier keine Autorität, weil die Frau eben einfach durchsetzen will, was sie wünscht. Die Beschwerden, die ja gewiß gelegentlich in mäßigem Grade vorhanden sind, werden maßlos übertrieben, auch wenn keine schon früher vorhandene Neurose etwa noch dazu kommt. Das Gesamtverhalten mancher dieser reinen Begehrungsneurosen ist ein apathisch-depressives, um Kranksein vorzutragen, jedoch mit Ausbrüchen großer Reizbarkeit; in anderen Fällen, je nach Charakteranlage, mehr ein querulierendes Benehmen. Wer darauf ausgeht, Charcotsche Stigmata der Hysterie zu suchen, wird niemals ohne Ergebnis abziehen müssen, vorausgesetzt, daß er eifrig und etwas lange sucht. Einige dieser Frauen lassen sich durch Ernst und Strenge des Arztes doch noch auf den richtigen Weg bringen. Ihre Tränen und ihr Jammern hören auf. Man kann sie allmählich beruhigen, und wenn man sie aus psychotherapeutischen Gründen wieder zu sich bestellt, so tritt rasch definitive Beruhigung auf, sobald einmal die Einsicht Fuß gefaßt hat, daß gegenüber der Bestimmtheit des ärztlichen Auftretens nichts zu machen ist. Der weitere Verlauf bis zum Ende der Schwangerschaft geht dann ganz glatt vor sich, und auch später ist weder von Neurosen, noch von Tuberkulose etwas zu entdecken. Der Arzt hat gegen die nackten Begehren und gegen die Verhetzungen aus der Umgebung der Frau gesiegt.

Aber auch in solchen Fällen, in denen wegen der Willfährigkeit anderer Ärzte die Unterbrechung erreicht worden ist, habe ich später von der Neurose nichts mehr bemerkt und waren die Frauen nachher oft nicht mehr zu erkennen, so sehr hatte sich das ganze psychische Verhalten geändert. Es ist natürlich leicht, das einfach als Beruhigung der Psyche hinzustellen. Wohin soll man aber mit diesem Prinzip noch kommen?

6. Rachewunschneurosen.

Schon früher habe ich darauf hingewiesen, daß gelegentlich die Begehrungsvorstellungen nicht auf Geld abgestellt sind, sondern im Verlangen nach Genugtuung und Rache ihre Wurzeln haben. Ich habe dafür das Beispiel des vom Lehrer gezüchtigten Kindes erwähnt, dessen Eltern

nun nach Bestrafung des Lehrers drängen. Solche Kinder können auch, ohne daß eine Anlage zu Hysterie vorliegt oder erwiesen werden könnte, stark neurotische Krankheitsbilder darbieten. Ein Knabe z. B. sollte seit der Züchtigung täglich 50—60mal Urin lassen. Er bot das Bild des apathisch-indolenten Kindes, das sich aber bei Abwesenheit der Mutter doch leicht zu einer fröhlicheren Stimmung überleiten ließ (s. S. 27). Von Harndrang war in Anwesenheit des Arztes in 2 Stunden keine Rede. Ungeheuer mühevoll war aber die Auseinandersetzung mit der Mutter, die den Knaben ständig verhetzte und in die Neurose hineintrieb. Alle Argumente, daß es doch weit wichtiger wäre, die Sache aufzugeben und nur das Kind wieder gesund zu haben, scheiterten gegenüber dem elementaren Drang des Wunsches nach Rache.

Nach Prügeleien auf dem Lande sind solche Bilder recht häufig. Der Unterlegene will Genugtuung haben und verschärft die Situation durch möglichste Betonung seiner Beschwerden, bis er sich glücklich in einen neurotischen Zustand hineingearbeitet hat, bei dem er selbst nicht mehr zwischen Wahrheit und Dichtung scharf unterscheiden kann. Die Übertreibung ist dabei häufig und oft maßlos. Von Gerichtsärzten ist mir gesagt worden, daß fast jeder, der vom Gegner oder bösen Nachbar einen Schlag in die Gegend des Auges erhalten hat, angibt, er sehe nichts mehr, und ebenso bei Schlag aufs Ohr behauptet, er höre nichts mehr. Auch viele andere typisch neurotische Klagen fehlen nicht. Glücklicherweise ist die Übertreibung in den meisten Fällen doch nur eine „normale“, nicht so streng wörtlich gemeinte und noch korrigierbare, solange wenigstens nicht ständige Verhetzung und Verbohrung auf Entschädigungsgedanken die Trübung erzeugten. Wichtig aber ist das entschiedene, sichere Auftreten des Arztes, die Zurückführung der Beschwerden auf ihre berechtigte Größe, und wunderbar sind auch hier die Heilungen in bezug auf Schnelligkeit und Dauer, wenn es zu einem Vergleich oder überhaupt zu einer Erledigung gekommen ist.

7. Haftpsychosen.

Bei „Haftpsychosen“ sieht man, wie z. B. Sachs, Hildebrandt und viele andere schreiben, völlig den traumatischen Neurosen entsprechende Zustände und alle Zwischenformen von Neurose zu Übertreibung und Simulation, nur daß die psychopathische Anlage stärker zum Ausdruck kommt. Natürlich finden sich hier auch alle Übergänge von Neurosen zu kriminellen Zuständen.

Besonders deutlich sah ich auch die unendliche Betonung geringfügiger neurotischer Beschwerden und deren Übertreibung bis zu schweren Artefakten bei Leuten, die eine Strafe absitzen sollten.

Kapitel VI.

Fehlende Parallelen zu den traumatischen Neurosen.

Für die psychogene Entstehung der traumatischen Neurosen sprechen in unwiderlegbar beweisender Weise die eben erörterten Parallelen von Begehrungsneurosen unter Umständen, unter denen von Unfall keine

Rede war, wohl aber mit Aussicht auf Erfolg Rechtsansprüche erhoben werden konnten. In diesem Abschnitt werde ich nun das Entgegengesetzte zeigen, das Fehlen traumatischer Neurosen bei Unfällen und Verletzungen, in denen Rechtsansprüche nicht zu erheben sind oder gegenüber anderen Interessen und höheren Gesichtspunkten zurücktreten.

1. Kinder.

Selbst nach sehr schweren Verletzungen sieht man bei Kindern wohl hie und da rasch auftretende Hysterien, die fast ausnahmslos schon in kurzer Zeit wieder abklingen. Die Entwicklung zu jahrelang dauernden und progressiven Erkrankungen wird so gut wie völlig vermißt. Diese Hysterien tragen an sich keinen besonderen traumatischen Stempel. Sie gleichen vielmehr aufs Haar den auch ohne Trauma vorkommenden hysterischen Erkrankungen der Kinder. Vor allem ist der Hauptnachdruck darauf zu legen, daß hier jene mißmutige, verbitterte, querulierende Stimmung völlig vermißt wird.

Auch nach den schwersten Schädeltraumen bei Kindern wird das Vollbild der traumatischen Neurose mit dem Hervortreten der Begehrungsvorstellungen ganz vermißt. Selbst wenn die Kinder von den Eltern zur Erlangung einer Geldentschädigung verhetzt und in die Neurose hineingetrieben werden, so findet man zwar hysterische Züge bei den Kindern mit großer Deutlichkeit, aber die Kinder sind höchstens apathisch-depressiv, verängstigt, verschüchtert, nicht aber verbittert, rechthaberisch, querulierend. Diese Eigenschaften trifft man dafür bei den Eltern, und zwar in Reinkultur, so daß man mit Recht in solchen Fällen sagen kann, daß die bei Erwachsenen gewöhnlich vorkommende Unfallsneurose hier gespalten ist, erstens in den kindlichen Träger der Hysterie und in den elterlichen Träger der Begehrungsvorstellungen und des Querulierens. Das Kind versteht eben, da ihm die Motive zu fremd sind, die Sache nicht auszunützen und nach der bestimmten Richtung zu gestalten. Seiner Psyche liegt die Sache fern.

2. Geistig Schwache.

In ganz gleicher Weise vermißt man echte traumatische Neurosen mit Begehrungsvorstellungen bei geistig schwachen Leuten trotz berechtigter Ansprüche aus der Unfallversicherung.

Ich habe früher (1913) einen solchen Fall schon geschildert. Der geistig schwache Mann hatte einen Unfall erlitten und bot nun das Bild schwerer Störung. Er erschien zunächst schlecht orientiert, geistig halb verblödet, aufgeregt, finster und verschlossen, außerordentlich reizbar. In seinen finsteren, verbissenen Gesichtszügen spielte er den „wilden Mann“. Im Krankenhaus war er seiner Rolle sehr rasch nicht mehr gewachsen. Er fing an mit den Mitpatienten zu spielen und zu lachen, war bald völlig umgewandelt. Appetit und Schlaf ausgezeichnet. Endlich gestand er der Krankenschwester, es fehle ihm eigentlich gar nichts; aber seine Mitarbeiter lachen ihn aus: jetzt hätte er doch einen Unfall erlitten und sei so dumm, daß er nichts daraus machen könne. In der Tat war er zu dumm gewesen.

Ich habe den Verlauf des Falles nach der Abweisung aller Ansprüche vor mir. Der Mann hat in den folgenden Jahren weiter gearbeitet bei gleichem Lohn wie vorher und keinerlei Krankheitszeichen gezeigt.

3. Studenten.

Sehr bekannt und oft betont ist das Fehlen der eigentlichen traumatischen Neurosen bei Studenten nach Mensuren. Döllken (Wann sind Unfallsneurosen heilbar?) konnte nach 700 Mensuren 25 typische Neurosen mit Kopfweh, Überempfindlichkeit besonders des Kopfes, Reizbarkeit und Arbeitsunlust nachweisen. Alle waren aber in wenigen Wochen geheilt, nur ein Fall nach Humerusfraktur bot 2 Jahre später noch zahlreiche Symptome. Ob hier schwerere Belastung bestanden oder der Mann schon vorher nervös gewesen war, ist nicht mitgeteilt.

Ich glaube nicht, daß in der gesamten Weltliteratur ein einziger Fall von Unfallsneurose auf eine vor Jahren stattgefundene Mensurverletzung zurückgeführt worden ist. Jedenfalls ist auch in Studentenkreisen eine solche Entwicklung völlig unbekannt. Gaupp schreibt ebenfalls: „Ich suche immer noch vergeblich den Studenten, der nach Mensuren Jahre oder Jahrzehnte arbeitsunfähig bleibt.“ Bei vorher Nervösen und Belasteten werden vor allem hysterische Symptome gelegentlich hervortreten, aber bald wieder verschwinden.

Dabei wäre bei der großen Zahl der nervösen Studenten doch ein anderes Ergebnis noch nicht von vornherein undenkbar.

4. Offiziere.

Ebenso lauten die allgemeinen Erfahrungen über die Verletzungen der Offiziere. Döllken berichtet, daß sehr viele Offiziere nach Sturz schwere traumatische Neurosen zeigen. Hier wäre es freilich nötig, um völlige Klarheit zu bekommen, daß die Form dieser Neurosen genauer charakterisiert würde. Wichtig ist aber unter allen Umständen die Angabe, die Döllken dann weiter macht, daß er von mehreren Korps wisse, in 5—6 Jahren sei jeder Offizier geheilt und nicht einer chronisch ungeheilt.

Auch hier ist zu berücksichtigen, daß diese Sätze nur gelten können, sofern Begehrungsvorstellungen keine Rolle spielen, und sofern nicht schon vorher Nervöse vom Unfall betroffen werden. Überraschend ist aber, wie bei Offizieren selbst die allerschwersten Schädelbrüche mit tagelanger Bewußtlosigkeit in ganz unerwarteter Weise ausheilen können.

Geheimrat Bruns erzählte mir, wie ein Offizier nach Sturz mit Schädelbruch und mehr wie 8tägiger Bewußtlosigkeit schon nach ganz wenigen Monaten, trotz aller ärztlichen Ermahnungen, wieder in den aktiven Dienst eingetreten ist. Ich habe den Mann später gekannt. Er bot nach kurzer Zeit keinerlei Krankheitserscheinungen mehr und war voll leistungsfähig. Einige Jahre später ist er gleich zu Beginn des Krieges als Held auf dem Schlachtfelde gefallen.

Bei den Offizieren ist es vor allem die Berufsfreudigkeit und das Pflichtgefühl, das sie gegen alle Anfechtungen gefeit macht, und vorhandene, selbst erhebliche Beschwerden durch den Willen unterdrücken läßt.

Interessant sind die Beobachtungen von Honigmann 1907 über schwerverletzte russische Offiziere, die bei ihrer Kur in Wiesbaden „alle, selbst bei ganz schweren Neurosen, der Behandlung weit zugänglicher waren und viel größere Heilerfolge aufwiesen als die gewerblichen Unfallsneurosen“. In der Tat sind die Erfolge selbst bei sehr schweren Kriegs-

neurosen zum Teil nach schwersten Verletzungen ganz außerordentlich glänzende gewesen. Hysterische Lähmungen, allgemeine Erregbarkeit, alles wurde bald besser und geheilt. Honigmann gibt als Erklärung an: „Simulation, Angst um Rente, Rentenwünsche fehlen eben".

Ebenso hat Ziemssen 1893 in der Diskussion zu dem Vortrag von Wernicke erzählt, daß er nach 1870 „massenhaft" Offiziere mit traumatischen Neurosen in Bädern behandelt und geheilt habe.

5. Sportsleute.

Ganz die gleichen Erfahrungen kann man überall über das Ausbleiben der unheilbaren Neurosen nach Sportsverletzungen machen. Schon Sänger und Döllken haben dies erwähnt. Seither sind vielfach gleiche Ansichten geäußert. Vorher schon hat Morton-Prince das Fehlen von Unfallsneurosen beim Fußballspiel ausdrücklich erwähnt.

6. Erdbeben.

Von ganz besonderer Bedeutung sind die Erfahrungen über die Erdbebenkatastrophen in Messina und Kalabrien. Nach den eingehenden Mitteilungen von Murri, Morselli, Stierlin sind bei dem ungeheuren Unglück, das über 100 000 Verletzte gab, trotz der gewaltigsten psychischen Eindrücke, die man sich nur ausmalen kann, von den anfänglich zahlreichen Neurosen nach 1—2—3 Monaten nur noch wenige, nach 5—6 Monaten keine mehr vorhanden gewesen.

Auch wenn man, wie ich, diese Versicherung nicht ganz wörtlich nimmt, so liegen hier doch einfach unwiderlegbare Beweise für den alles überwältigenden Einfluß der Begehrungsansprüche für die Unterhaltung, Fortdauer, Verschlimmerung und Unheilbarkeit bei traumatischen Neurosen vor. Murri und Morselli versichern, daß nach allgemeiner Überzeugung in Italien diese Neurosen nur deshalb so rasch geheilt seien, weil Entschädigungsforderungen unmöglich waren. Ein größeres Experiment auf diesem Gebiete, als es hier vorliegt, läßt sich schlechterdings nicht denken, namentlich wenn man an die schweren Unfallsneurosen denkt, die ich z. B. in der Schweiz bei Italienern gesehen habe, und bei denen sonst die enorme Suggestibilität der Rasse als besonders wichtiges Moment zitiert wurde. Sollten die Italiener in Messina und Kalabrien etwa nicht suggestibel gewesen sein?

Auch beim Erdbeben vom Jahre 1911 in Württemberg hat man zahlreiche Neurosen gesehen, selbstverständlich besonders ausgeprägt bei schon vorher ausgesprochen nervösen Menschen. Von keinem einzigen Falle aber ist mir bekannt geworden, daß er jahrelang gedauert, ständig sich verschlimmert oder zur längerdauernden oder gar bleibenden Arbeitsunfähigkeit geführt hätte. Die vielfach von mir gesehenen Erkrankungen gehörten in das Gebiet der Gruppe III der Schreckneurosen und unterschieden sich im psychischen Verhalten scharf von Begehrungsneurosen, ebenso aber auch durch den sehr günstigen Verlauf.

7. Gewisse Eisenbahnkatastrophen.

Während für gewöhnlich die Eisenbahnkatastrophen die Paradefälle für die traumatische Neurose gewesen sind und von ihnen

her, wie wir beim Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Begriffes der Unfallsneurosen sehen werden, die „neue Krankheit" ihren Ursprung genommen hat, kennen wir heute eine Eisenbahnkatastrophe mit nur ganz wenigen nervösen Erkrankungen. Es ist dies die von Becker beschriebene Eisenbahnkatastrophe von Mülheim an der Ruhr. 400 bis 500 Soldaten meist polnischer Nationalität („ungebildet und zum Teil geistig schwach") waren dem Unglück ausgesetzt. 22 sind gestorben. Da sehr viele Erkrankungen zu erwarten standen, wurden sofort prophylaktische Untersuchungen (deren Wert ich wegen zu starker suggestibler Wirkung sehr bezweifeln möchte, jedenfalls müssen sie sehr vorsichtig und geschickt durchgeführt sein!) angeordnet. Bei etwa acht fanden sich ohne irgendwelche Beschwerden die Schleimhautreflexe herabgesetzt, mäßiger Tremor, gesteigerte mechanische Muskelerregbarkeit und sehr starke Dermographie. Alle blieben im Dienst und hatten auch nach einigen Monaten keinerlei Beschwerden, aber die neurologischen Befunde waren geblieben. Kein Wunder! Vergleiche die unter meiner Leitung von Fein gemachten Untersuchungen bei gesunden Studenten, bei denen solche neurologische Befunde weit häufiger gefunden wurden! Darüber später! In Behandlung kamen nur elf Soldaten (drei davon erst später). Vier Erkrankungen entsprachen Hysterien mit vielen Symptomen; davon waren zwei mit Gangstörungen rasch geheilt; später kam noch ein dritter Fall hysterischer Gangstörung hinzu. Drei weitere Soldaten werden als Neurasthenien bezeichnet wegen geistiger Ermüdung, depressiven Verhaltens und des Fehlens hysterischer Zeichen. Ein Fall wurde langsam gebessert, einer war nach zwei Monaten noch unverändert. Einen besonders schweren Fall erklärt Becker als Schreckneurose, gibt aber das Bestehen einer Hirnerschütterung (Bewußtlosigkeit, Erbrechen usw.) zu. Der Mann unternahm später zu Hause zweimal einen Selbstmordversuch. (Von Neurose kann in dieser Beobachtung selbstverständlich nicht mehr gesprochen werden.) Schließlich bleiben von den späteren Erkrankungen noch „eine leichte traumatische Neurose und eine halluzinatorische Verwirrtheitspsychose nach Knochenbruch".

Für uns ist vor allem wichtig, die enorm niedrige Zahl nervöser Erkrankungen bei diesem großen Unglück, wenn wir bedenken, daß im gleichen Jahre bei der Katastrophe von Müllheim in Baden 52 von 99 Verletzten nach Bing an Neurosen erkrankt sind. Hier gehörten die Schnellzugspatienten selbstverständlich ganz anderen Bevölkerungskreisen an.

Niemand wird sich nach einem solchen Massenunglück, wie dem ersterwähnten, über fünf Hysterien und vier „Neurasthenien" unter 400—500 Soldaten verwundern. Becker sah Simulation nie und Aggravation „kaum". Er meint, daß nicht allein die Begehrungsvorstellungen die Ursache der traumatischen Neurosen seien. Er fährt dann fort: Freilich war den Leuten aus den Zechen Westfalens der hohe Lohn im Gegensatz zu der sehr niedrigen Militärrente (540 M. jährlich) „allgemein bekannt" und auch die Tatsache, daß die Zechen keinen mehr anstellen, der wegen Nervenleiden entlassen wurde.

Diese kleine Studie erscheint mir sehr wichtig. Sie zeigt, daß so schlechte Aussichten auf Renten Begehrungsneurosen unterdrücken, ja höchst wahrscheinlich geradezu Dissimulation von Neurosen herbeiführen, und hier nun gewiß nicht zum Unglück der Leute.

Murri gibt ein ähnliches Beispiel. Bei dem Unglück der Metropolitanbahn 1903 in Paris wurde nur ein Fall von Neurose beobachtet auf Tausende, weil keine Entschädigungspflicht der Bahn bestanden hatte. Vergleiche ferner S. 27 u. 28 Eisenbahnunglücksfälle vor der Unfallsgesetzgebung in verschiedenen Ländern ohne folgende Neurosen.

Ähnliches erlebt man auch in Fabriken, die wegen der Gefährlichkeit der Arbeit abnorm hohen Lohn zahlen, wie z. B. bei Akkumulatorenfabriken. Weil hier ein einmal an Bleivergiftung erkrankter Mann grundsätzlich nicht mehr angestellt wird, suchen die Arbeiter des verführerischen Lohnes wegen ernste Vergiftungen zu verbergen. Trotz der prophylaktischen Kontrolle des Fabrikarztes haben sie auch Erfolg, dissimulieren, erkranken dann aber mit schweren Bleilähmungen. Ich habe von einer solchen Fabrik in einer Reihe von Jahren entweder nur sehr schwere Bleierkrankungen wegen Dissimulation oder dann ganz leichte gesehen. Die letzteren betrafen Leute, die entlassen wurden und nun sofort sich krank meldeten, zum Teil zugestandenermaßen aus Rache.

8. Kirchweihschlachten.

Die berühmten Kirchweihschlachten führen nach Fr. C. Müller nie zu traumatischen Neurosen. Ich habe aber oben darauf hingewiesen, daß aus Prügeleien bei Unversicherten typische Neurosen auf dem Boden der Rachsucht und des Verlangens nach Genugtuung zu beobachten sind.

9. Postoperative Neurosen.

Nach Operationen entstehen gar nicht selten funktionelle Neurosen, sie heilen aber beim Fehlen von Begehrungsvorstellungen rasch (z. B. Cramer). Dasselbe sagt Döllken von den Geburtsneurosen.

10. Keine Paranoia querulatoria ohne Entschädigungspflicht.

Schuster betont in einer Kritik zu der Paranoia querulatoria von K. Mendel, daß es eine Paranoia querulatoria nach Unfall ohne Entschädigungspflicht nicht gibt.

11. Keine traumatischen Neurosen in Kriegsgefangenenlagern.

Von besonderem Wert ist das so gut wie völlige Fehlen von Neurosen in den Lagern der Kriegsgefangenen, obwohl Tausende derselben verschüttet oder tagelang im schwersten Feuer gestanden hatten (Mörchen und Lilienstein).

Kapitel VII.

Aus der Psychologie des Alltaglebens in Hinsicht auf die Entstehung der Begehrungsneurosen.

Bereits in den bisherigen Ausführungen, besonders in den beiden letzten Abschnitten, sind vielerlei psychologische Erfahrungen wiedergegeben, die Menschliches, Allzumenschliches verraten. Die Kenntnis

solcher Probleme ist aber für die Behandlung der Neurosen außerordentlich wichtig, erst recht aber für das Verständnis und die Wertbemessung der Unfallsneurosen. Nun ist aber für den Arzt das Studium solcher Fragen sehr erschwert. Der ärztliche Unterricht an der Hochschule ist so überlastet, daß den Studenten höchstens Andeutungen nach dieser Richtung gegeben werden können. Von ganz besonderem Werte wäre es, wenn der Student selbst schon größeres Verständnis für die Volksseele mitbrächte. Das kann man aber kaum verlangen. Mit dem arbeitenden Volke kommt der Student wenig zusammen. Erzieherisch wirkt vielleicht am meisten der Militärdienst. Eine gute Dosis Erkenntnis für die Schwächen der Menschheit übermittelt die Schule. Hier lernt man durch kleine unerlaubte Schliche aus kritischen Situationen sich retten, trotz schlecht gelernter Aufgabe sich durchschlagen, ohne in der Auswahl der Mittel allzu ängstlich nur erlaubte Wege zu betreten.

Von großem Vorteil ist das Aufwachsen auf dem Lande. Auf dem Dorf kennt man alle Einwohner nicht nur nach ihrer Stellung und Bedeutung, sondern auch nach ihrem Charakter, und vor allem nach ihren Schwächen. Da sind manche gewinnsüchtig, bewegen sich andauernd auf der Grenze von Gut und Böse, sind listig und gewandt. Jeder weiß, daß solchen Leuten ein leichtes Abschwenken vom Erlaubten nicht allzu schwer fällt, wenn ohne besondere Schwierigkeiten etwas Wesentliches zu erreichen ist. Begegnet solchen Leuten ein Unfall, dann heißt es allgemein, der wird schon auf seine Rechnung zu kommen wissen; der wird nicht allzu früh wieder anfangen, lange „Unfall machen“ (Volksausdruck! d. h. nicht erzeugen, sondern Unfallgeld beziehen), oder sich seine Rente sichern. Dann gibt es andere, von vornherein ethisch Minderwertige, die vom unerlaubten Mittel rasch Gebrauch machen und zu bewußter Übertreibung neigen. Wieder andere sind nervös und nicht widerstandsfähig. Kein Mensch im Dorfe wundert sich, daß sie rasch versagen, leicht erkranken und längere Zeit als andere brauchen, um wieder zu gesunden. Dann kennt man den Typus des Ehrenmannes, streng rechtlich und korrekt, peinlichst gegenüber allen Verpflichtungen; von ihm denkt kein Mensch, daß er eine Gelegenheit, Geld zu erhalten, mehr ausnützen werde als recht und billig. Jeder wird nach seiner Charakteranlage reagieren, wenn er die Gelegenheit, fast mühelos Geld zu bekommen, vor sich sieht. Darüber ist sich das Volk in einem Dorfe völlig klar, ebenso darüber, daß Begehrungen bei den Wohlhabenden durchaus nicht seltener sind als bei den Armen.

Nun kommt die Parteirichtung und der soziale Stand, die wiederum bestimmte Begehren wecken können. Daß der reiche Fabrikherr, die reiche Versicherungsgesellschaft, die alljährlich 30 % Dividende zahlt, mit dem Gelde heraus sollten, und zwar gehörig, das erscheint der großen Mehrzahl als ganz selbstverständlich und gerecht. Ob die Berechtigung zu einer Entschädigung vorliegt und in welchem Grade, ist sicher erst eine Frage zweiten Ranges. Dieses Volk ist in den letzten Jahren mit zahlreichen Kassen und Versicherungen beglückt worden. Die allerwenigsten Leute sind sich dabei über ihre Rechte und Pflichten vollständig klar. Ihre Vertragsabschlüsse beim Eingehen einer Versicherung unterschreiben sie ohne größeres Studium, da ihnen auch vieles in den Bedingungen nicht vollständig verständlich ist. Nach einigen Jahren wäre auch von den Vertragsbedingungen das meiste auch dann vergessen, wenn man es überhaupt auch nur einmal verstanden und gelesen hätte.

Ein Gedanke aber ist allgemeines Volksbewußtsein. Hat man Unfall, dann muß die Versicherung Geld zahlen. Wozu hätte man denn vorher eingezahlt? Daß man das etwa auch für andere getan hätte, ist der großen Mehrzahl des Volkes nicht faßbar, wie denn überhaupt der soziale Sinn der Versicherungsgesetzgebung nur zum kleineren Teil begriffen ist. Je länger also eingezahlt worden ist, um so sicherer muß nach der Volksmeinung nun auch einmal wieder etwas zurückkommen, selbst dann, wenn die Voraussetzungen nicht so absolut klar sind, hat man sich ja doch auch um die Vertragsbedingungen nicht so engherzig bekümmert und rasch unterschrieben. Dann kommen die Beispiele, wie viel Geld andere erhalten haben. Die Entschädigungsfrage bildet den Hauptgesprächsstoff der Familie und der Umgebung. Da wird gehetzt, geschimpft, gedroht und die einseitige Bearbeitung auf sehr unsicher erfaßtem Rechtsboden ist vollendet.

Von großer Bedeutung ist nun folgendes: Wer soll nun das Geld geben? Das ist die Allgemeinheit, der Staat. Ihm gegenüber sind die Rechtsbegriffe recht schlecht entwickelt, man denke an Steuer, an Zoll! Da ist das Gewissen weit. Muß der Staat zahlen, so trifft es ja den einzelnen nicht. Handelt es sich nun gar um eine reiche Privatversicherung, so sind oft alle Schranken durchbrochen.

Ein Jurist in hoher Stellung erzählte mir unlängst, daß in einer Entschädigungsforderung zwölf Leute einen Eid zugunsten des Verletzten geschworen hatten, in der Annahme, die Versicherung müsse zahlen. Sie alle bezeugten eidlich, daß der Unfall nicht in Trunkenheit passiert wäre. Aus einem juristischen Grunde fiel nun aber die Entschädigungspflicht einer armen Witwe, der Besitzerin der Wirtschaft, zu, gemäß Gerichtsurteil, und nicht der Privatversicherung. Jetzt mußten gegenüber dem Jammer der Wirtsfrau und angesichts der lügenhaften Aussagen alle zwölf den Eid zurücknehmen und alle zwölf schwere Strafe absitzen.

Nun kommt ferner oft die soziale Notlage als besonders erschwerend hinzu. Die Familie ist arm, vermag auf keinen grünen Zweig zu kommen. Da kann man es erleben, daß eine Fingerverletzung des Sohnes, die eine Rente oder eine kleine Kapitalabfindung einbringt, mit größter Freude erzählt wird. 800—1000 M., solche Summen hat die ärmliche Hütte auch nur entfernt nie gesehen. Die Sorgen für längere Zeit sind weg. Wer sollte das nicht verstehen können, und doch! Welch eine Umkehrung der Verhältnisse einst und jetzt! Früher der Unfall als Unglück betrachtet, jetzt als Geldbringer mit Freuden begrüßt, und zwar von der ganzen Familie. Ein kleiner Schritt weiter. Da ist schon der Wunsch, verletzt zu werden. Er ist nicht selten. Zwei jungen Burschen standen einmal mit mir auf dem Straßenbahnwagen. Es drohte ein Zusammenstoß. Er wurde vermieden. Wie schade, sagte der eine, da hätte man doch 6 Wochen aussetzen können! So lange mußte es also unbedingt von vornherein gehen. Ein weiterer Schritt, und der Unfall wird selbst gemacht. Er bringt ja Geld und Aussetzen der unbeliebten Arbeit.

Werfe mir niemand vor, ich übertreibe. Die Selbstverletzungen sind ja leider durchaus nicht selten, gelegentlich fast epidemisch. Gewiß handelt es sich dabei vielfach um ethisch minderwertige Leute, aber auch aus reiner Gewinnsucht kommt das vor. Wie werden solche Leute erst auf einem entschädigungspflichtigen Unfall reagieren! Wie werden sie lügen, wenn sie schon für andere ohne jedes eigene Interesse, zwölf Mann hoch, einen Meineid schwören!

Nun kommt noch die Häufigkeit neuropathischer Anlage und das Bestehen von Neurosen schon vor dem Unfall hinzu. Hier wird der krankhafte Zug besonders bei größerem Affekt und vorhandener Suggestibilität durch den Unfall mit all seinen Konsequenzen das Bild besonders verzerren. Der Normale aber ist schon suggestibel und wird gewisse Anklänge an das schwerer pathologische Bild leicht zeigen. Der Normale weiß aber schon bei Krankheit seine Wünsche zu befriedigen ohne peinliche Einhaltung der scharfen Wahrheitsgrenzen. Man beachte nur die Kinder in ihren Krankheiten. Da geht bei Scharlach oder einfacher Halsentzündung der harte, aber geliebte Zwieback leicht durch den kranken Hals, die unbeliebte weiche Speise vermag nicht durchzukommen, „weil sie kratzt". Die Ausrede des Kindes vor dem Einschlafen, es habe Bauchweh oder andere Schmerzen, um nur wieder Unterhaltung zu haben in seiner Krankheit, ist etwas ganz Gewöhnliches und kann demjenigen Arzt, der nicht Psycholog ist, gelegentlich nicht unbedeutende Schwierigkeiten machen. Das ältere Kind erhebt sich über diese infantilen Züge. Es weiß vieles mit Schmeicheleien und anderen Methoden zu erreichen. Aber wie oft ist der Ungebildete, auch als erwachsener Mensch, in seinem ganzen Benehmen infantil und suggestibel wie ein Kind!

Auf diesen psychologischen, so ungeheuer variablen Boden, den ich nur in einigen Zügen skizzieren konnte, fällt nun als großes und wichtiges Moment der Unfall. Wie verschieden müssen da die psychischen Reaktionen ausfallen!

Kapitel VIII.

Die spezielle Psychogenese bei den Unfallsneurosen und Begehrungsneurosen.

Wir möchten auf Grund aller bisherigen Erfahrungen dem Unfall selbst bei der Entstehung der traumatischen Neurosen einen sehr geringen Wert beilegen. Klar kommt das schon darin zum Ausdruck, daß Charcot angibt, vor 1884 nie traumatische Neurosen gesehen zu haben, und daß in Beards Neurasthenie das Wort Unfall nicht vorkommt. Die anatomische Bedeutung des Unfalls kann klein sein, und doch ist die Wirkung groß, seine Wirkung kann außerordentlich ausgesprochen und lebensgefährlich sein, und doch ist die Neurose unbedeutend oder ganz fehlend. Ja die Erfahrung ist nahezu allgemein, daß die kleinen Unfälle[1]) und nicht die großen zu Neurosen führen.

Dasselbe gilt für die Kriegsneurosen, wie dies Lewandowsky und Gaupp hervorheben. Um so mehr müssen wir daher zum vollen Verständnis auf die psychogenen Faktoren zurückgreifen.

Ich will zunächst eine Übersicht über alle mir wichtig erscheinenden Faktoren geben, um nachher das einzelne zu besprechen.

---

[1]) Reichhardt: „In der Mehrzahl der Fälle steht die Schwere der Neurose in umgekehrtem Verhältnis zur Schwere des Falles." Der objektiv Schwerverletzte hat es nicht nötig, sich eine traumatische Neurose zu leisten. Dies kann ich natürlich nur im großen ganzen als richtig anerkennen, da hier keine so einfache Psychologie Geltung hat. Daß aber fast nur die leichten Unfälle auslösend wirken, betonen z. B. auch Brissaud und Öttinger, Sachs, Fr. C. Müller, Pochou.

1. Disposition.

Es besteht schon eine Disposition[1]) zu Erkrankungen des Zentralnervensystems,

a) weil bereits organische Leiden bestehen: Atherosklerose, Lues, Nephritis chronica, höheres Alter, Alkoholismus, Nikotinvergiftung,

b) weil schon früher funktionelle Leiden vorausgegangen sind und zum Teil während des Unfalls noch bestehen: Hysterie in erster Linie zu nennen, andere Neurosen, frühere Unfälle mit folgender traumatischer Neurose, oder es besteht doch starke Suggestibilität von vornherein,

c) es handelt sich um Psychopathie oder angeborenen Schwachsinn, nicht selten um ethisch minderwertige Leute oder ausgesprochen Degenerierte und Kriminelle.

2. Eindruck der Affekte.

Die psychischen Eindrücke durch den Unfall und nach demselben waren so gewaltig (Schreck, Angst, besonders Todesangst), daß eine akut einsetzende Neurose auch bei vorher anscheinend völlig Gesunden ausbricht: Alle möglichen akut einsetzenden Hysterien, Schreck- und Angstneurosen. Hieher viele Kriegsneurosen und nervöse Erkrankungen bei großen Katastrophen, die leicht zu Massensuggestion führen.

3. Schädliche Einflüsse von außen (Arzt, Frau, Anwalt, Gesetz, Verfehlungen der Arbeitgeber und Versicherungen).

Schädliche Einflüsterungen und Suggestionen von außen: Durch die erstbehandelnden oder durch später zugezogene Ärzte, durch oft unglaubliche Schwächen der Ärzte in Gefälligkeitszeugnissen, durch die Begehrungsvorstellungen und Verhetzung der Frau, der Verwandtschaft, der Parteiangehörigen, von Winkelanwälten. Durch zu viele und zu gründliche Untersuchungen schon gleich zu Beginn, durch stark suggestiv wirkende prophylaktische Maßnahmen, wenig psychologisch ausgedachte Ausführung der Gesetze. System des Rentenverfahrens, zu häufige Versuche der Rentenkürzung, damit Hineindrängen der Leute in eine Kampfstellung. Schwierigkeit, eine Stelle zu finden bei nicht vollständiger Arbeitsfähigkeit. Mangelndes Interesse und fehlendes Entgegenkommen des Arbeitgebers oder gar brutale Behandlung und Entlassung.

4. Begehrungsvorstellungen.

Schädliche Suggestionen und Begehrungsvorstellungen aus der Psyche des Verletzten oder Kranken selbst. Einfluß der Schmerzen, der Entstellung, der Sorge für die Zukunft. Verlangen nach Rache, Bestrafung, nach hoher Geldentschädigung auf der Basis des Nichtverstehens der sozialen Gesetzgebung. Keine genauere Kenntnis der Versicherungsbedingungen, böses Beispiel der anderen, Gewinnsucht, Geldgier.

5. Schädigungen durch Prozesse und Gerichte.

Fehler auf seiten der Gerichte und Anwälte. Bei der Verteidigung der übelsten Gauner mitunter unglaublicher Ton gegen die Versicherung

[1]) Die Auffassungen der Literatur in der Frage der Disposition siehe als besonderen Abschnitt S. 79.

und deren Ärzte. Vor Gericht das ärztliche Gutachten von juristischer Seite zerpflückt. Schädigungen durch den Prozeß oder das Gericht, dabei Bekanntgebung der ärztlichen Gutachten, zu weitgehende Auslegung des Begriffes Unfall, oder zu starke Einschätzung ganz geringfügiger Momente, psychische Tortur durch die Rede des Gegenanwaltes. Verstärkung der Reaktion durch die auch nicht objektive und psychisch schädigende Darstellung des Anwaltes der eigenen Sache. Viel zu weitgehende Entschuldigung selbst offenbarer Lügen und Betrügereien durch den Anwalt. An gewissen Orten sehr verschiedene Urteile, wenn eine „reiche" Unfallversicherung oder dann aber der Staat oder die Gemeinde zahlen muß.

6. Fehler durch die Organe der Versicherung.

Fehler durch die Organe der Versicherung. Besonders bei kleineren Versicherungen werden von den unteren Angestellten nicht selten Fehler begangen durch mangelndes Entgegenkommen, Herabsetzung und Verunglimpfung der Ärzte, die für den Verletzten oder Kranken mit einem Zeugnis einstehen. Ablehnung aller Entschädigungsansprüche, um die Leute zum gerichtlichen Einreichen ihrer Klage zu zwingen. Entsendung ungeschickter Privatdetektive, die das Privatleben untersuchen, Kleines und Kleinlichstes rapportieren und auf nicht genügend sicherer Grundlage zwar reichliches aber nicht wertvolles Material zusammenbringen. Verwertung anonymer Denunziationen, die oft nur Rachebedürfnissen entspringen.

7. Unpsychologische Gesetzgebung.

Schädigung durch eine unpsychologische Unfallgesetzgebung. Hier ist vor allem die Auszahlung von monatlichen Renten an Nervöse als größter psychologischer Fehler mit jeder Bestimmtheit anzuklagen. Dadurch kann der Patient nie zur Ruhe kommen, weil ihm durch oft halbjährliche oder alljährliche Nachuntersuchungen die Entziehung der Rente droht, und er so in einen Verteidigungszustand hineingedrängt wird. Psychologisch einzig richtig ist die Erledigung durch einmalige Kapitalabfindung, z. B. als Schonungsrente. Damit werden fast alle aufregenden, die Neurose unterhaltenden und verstärkenden Momente aus der Welt geschafft. Der Patient kann sich wieder beruhigen, die notwendigste, einfachste Forderung in der Behandlung jeder Neurose wird erfüllt.

Die Nachforschungen über das Schicksal der Unfallsneurosen bei Kapitalabfindung lauten ungemein günstig, beim Rentenverfahren aber außerordentlich unbefriedigend (siehe später!). Auf Grund dieser Erfahrungen hat die neue schweizerische Kranken- und Unfallversicherung die Kapitalabfindung für alle Unfallsneurosen, ja sogar für die Fälle, in denen eine solche Neurose nur droht, gesetzlich durchgeführt.

Der Unfallgesetzgebung haften aber außer diesem einen gar nicht schwer genug einzuschätzenden Fehler noch andere an. Da wäre zu nennen die viel zu langsame Rechtsprechung, die Möglichkeit, gegen jeden Entscheid selbst in den kleinsten Sachen Wiederberufung einzulegen.

Es ist dies ein viel zu weitgehendes Entgegenkommen gegenüber der Freiheit des Einzelnen im Gegensatz zum Interesse des Staates, der All-

gemeinheit. Ich habe in Deutschland Fälle gesehen, in denen am Ende des achten Jahres durch die ewigen Berufungen und die von den Gerichten angeordneten Expertisen über die früheren Erwerbsverhältnisse und natürlich auch über die Krankheit noch kein endgültiger Entscheid, wohl aber verschiedene einander sich diametral entgegenstehende Urteile gefällt waren. Heute, wo wir die traumatische Neurose nicht mehr als völlig unheilbar, „nicht selten zu dauerndem Siechtum und Geisteskrankheiten" führend, sondern ganz außerordentlich viel leichter und in der großen Mehrzahl als harmlose Begehrungsneurose einschätzen, wäre es dringend geboten, der ganzen Sache durch einen einzigen Fachexperten ein Ende zu machen und ihr nicht erst durch den ungeheuren Gerichts- und Prozeßapparat noch künstlich eine so ungemein große Wichtigkeit beizulegen.

Ein großer Fehler war es auch gewesen, daß die Unfälle früher im ersten Vierteljahr ganz den Krankenkassen zugewiesen waren und die Berufsgenossenschaften erst später eingreifen konnten. Damit war die kostbarste Zeit zur Verhütung vieler Neurosen nicht nur verloren, sondern geradezu für die Entwicklung der Neurose geschaffen.

Sehr viele einsichtige Leute, Ärzte wie Juristen, betonen heute mit größter Schärfe und Entschiedenheit, daß die für die Unfallsneurosen unpsychologische und schwer schädigende Gesetzgebung eine Hauptschuld an der Häufigkeit, Verschleppung, Unheilbarkeit und Gehässigkeit der traumatischen Neurosen trägt, und daß es allerhöchste Zeit ist, hier durch entscheidende Änderungen einzugreifen.

8. Die Hauptschuld liegt beim Patienten selbst.

„Die Hauptschuld bei der Entstehung der traumatischen Neurosen aber, und das muß einmal offen ausgesprochen werden, fällt auf den Unfallpatienten selbst. Ihm gebricht es vielfach am guten Willen, gesund zu werden. Er arbeitet sich zum größten Teil künstlich in die Stimmung hinein und ist leicht bereit, allen unkontrollierbaren Schwätzereien zu glauben, daß man ihn benachteilige." Der Unfallpatient wünscht eine hohe Entschädigung, und groß ist vielfach seine Angst, er könnte zu wenig verlangen (beim System der Kapitalabfindung). Er entwickelt sein querulierendes Wesen und macht vielfach gegen besseres Wissen aus den geringsten Sachen große Angelegenheiten. Die Geldfrage beherrscht, tyrannisiert und demoralisiert ihn. Um ja die Leistungsfähigkeit nicht allzu groß erscheinen zu lassen, ist es ja geradezu pathognomonisch, daß selbst Leute mit herkulischer Körperkraft nicht die geringste Arbeit ausführen wollen und lieber Monat für Monat nichts tun, als daß sie vor Erledigung der Angelegenheit sich die geringste Beschäftigung machen. Nachher ändert sich das bei Kapitalabfindung freilich dann oft augenblicklich. Nicht die böse Versicherungsgesellschaft, die schlechten Ärzte, die ungerechten Arbeitgeber machen in der dominierenden Zahl der Fälle den Patienten zum Querulanten und verbissenen Menschen, sondern er trägt ganz allein die Hauptschuld. Ich stimme auf Grund einer sehr großen Beobachtung Schultze völlig zu, daß die Zahl der Schwindler und bewußten Übertreiber sicherlich 50 % aller Fälle ausmacht[1]).

[1]) Unzählige berufene Autoren heben in ähnlicher Weise den größtenteils bewußten, bösen Willen hervor. Horn (1916): „Die größte Zahl der Unfallsneurotiker trägt selbst die Schuld an ihrer sozialen Schädigung. Dabei liegt zweifellos böser

Diese von mir 1913 geschriebene Charakterisierung kann ich nach umfangreichen weiteren Studien als immer mehr gesicherte Überzeugung bestätigen. Natürlich gilt diese Auffassung nicht allein für die traumatischen Neurosen (Gruppe IV), sondern für sämtliche Begehrungsneurosen.

Ich möchte nun die zunächst mehr in Form einer Übersicht niedergelegten psychogenetischen Faktoren der eigentlichen Unfallsneurosen eingehender erörtern und meine Auffassung beweisen. Dazu will ich gleich mit de mWichtigsten, der Beweisführung für die Schuld des Unfallpatienten selbst, beginnen.

a) Schuld des Patienten.

Die Volksauffassung weiter Kreise, daß man nach einem Unfall sich's lange Zeit wohl sein lassen und eine Rente oder eine Kapitalabfindung bekommen müsse, ist eine unumstößliche Tatsache. Jeder in diesen Fragen auch nur einigermaßen erfahrene Arzt, der für die Wirklichkeit des Lebens noch halbwegs offene Augen hat, wird mir das bestätigen, und unzählige haben es mir schon bestätigt unter den bittersten Klagen über ihr Los bei der Behandlung und Begutachtung der Unfallkranken. Bis zum vollen Überdruß und Ekel an dieser Art ärztlicher Tätigkeit kann sich die Sache entwickeln. Ich weise nur darauf hin, daß viele hochangesehene und berufene Ärzte nach ihren üblen Erfahrungen jede nicht gerichtliche Beurteilung ablehnen. Auch ich selbst habe zeitweise mich von solchen Fragen ganz zurückziehen müssen, um gewisse Unlustreaktionen wieder abklingen zu lassen. Sicherlich ist auch Oppenheim die traumatische Neurose zu unangenehm geworden, wenn er 25 Jahre sich in der Frage nicht mehr beschäftigt hat. Die Erklärung, daß die Beurteilung in poliklinischer Tätigkeit nicht geht, kann ich nicht als genügenden Grund ansehen. Für die Mehrzahl der Fälle ist Krankenhausbeobachtung nicht nötig, oder läßt sich doch gewiß leicht durchführen, wenn der Arzt in sich die Pflicht fühlen muß, einem armen, kranken, ungerecht beurteilten Mann als erste Autorität zu helfen.

Ganz unverblümt als absolut selbstverständlich sagen es viele Patienten heraus, jetzt hätten sie doch einen Unfall gehabt und doch wolle die Kasse oder Versicherung nicht mehr weiter zahlen. Besonders naiv werden solche Schlüsse oft von den Leuten schriftlich niedergelegt, wenn man ihnen sagt, sie sollen ihre Klagen schriftlich abfassen, damit nichts vergessen werde. Mit ganz verblüffender Offenheit kann man da lesen, ... und dafür will ich 3000 Fr. Entschädigung haben.

Nichts Ungewöhnliches ist ferner bei Rentengenössigen die Angabe: Ich arbeite nur so viele Stunden, denn mehr als 4 M. darf ich nicht verdienen, sonst würde mir die Rente gekürzt. Solche und unzählige ähnliche Aussprüche, die ich wiedergeben könnte, zeigen aufs deutlichste, durch ihr Aussprechen ohne jede Scham und jede Scheu, daß eben in der Auf-

---

Wille vor, sie wollen nichts tun, sind mit allen Mitteln bestrebt, ihre Rente festzuhalten. In der erdrückenden Mehrzahl der Haftpflichtprozesse liegt die Schuld an der Verschleppung der Prozesse beim Verletzten selbst." — Schröder (1915): „Ohne Wunschvorstellungen gibt es nur selten hysterische Störungen von längerer Dauer." — Lewandowsky (1914): „Ganz deutlich ist der Zweck als Seite des Wunsches bei den traumatischen Neurosen. Ein sehr großer Teil der Unfallshysterien sind Wunschhysterien zur Erlangung von Renten."

fassung weiter Kreise gar nichts mehr zu Verbergendes in solchen Reden gesehen wird, daß die Eroberung von Geld durch den Unfall als selbstverständlich angesehen wird, mögen nun die Folgen des Unfalls auch noch so gering oder überhaupt nicht mehr vorhanden sein.

Am allerklarsten tritt das Dominieren der Geldbegehren bei der Kapitalabfindung hervor, wie ich das bei Neurosen so oft gesehen habe. Hier nennen die Leute als Forderung ganz gewöhnlich eine bestimmte Summe, z. B.: ich muß 3000 Fr. haben. Auf eine Begründung, warum es gerade so viel sein müsse, sind sie nicht gefaßt. Sie halten sie auch für nebensächlich. Den meisten ist die doch absolut natürliche Einsicht, daß der Arzt nach dem Ausfall an Erwerbsfähigkeit die Summe berechnen muß, verloren gegangen, weil sie in allen Gedanken und Besprechungen mit Anghörigen und Freunden sich auf diese Summe geeinigt haben. Ich habe oft bei solchen Leuten die Gegenfrage gestellt, warum wollen sie denn nicht 5000? Antwort: So viel werden „sie“ (die Organe der Versicherung) mir doch nicht geben wollen. Wenn man nun energisch nach einer Motivierung der Forderung drängt, dann heißt es jedesmal, der hat auch so viel und jener noch mehr bekommen und es geht ihm ja längst wieder gut und er arbeitet bei vollem Lohn wie früher. Die Einsicht, daß gerade eine solche Motivierung das Gegenteil einer richtigen Begründung darstellt, fehlt, und es entsprechen die Begründungen dem Überwiegen der Geldinteressen, die fast jede Logik verkümmern lassen. Der Gerechtigkeit wegen muß freilich auch betont werden, daß die Leute ihre Einbuße selbst nicht schätzen können; aber dann sollten sie diese Aufgabe doch dem Arzt überlassen.

Noch deutlicher sind folgende Beispiele. Ein Mann glaubt selbst bei der Besprechung seiner Erwerbsfähigkeit, daß er wohl in diesem Jahre die Hälfte seines früheren Einkommens und in den folgenden 2 Jahren zwei Drittel davon verdienen könne, und gibt auch ohne weiteres zu, daß er wohl sicher in 3 Jahren von seinen jetzigen allgemeinen Beschwerden, wie Kopfweh und rascherer Ermüdung, nichts mehr spüren werde. Er erklärt sich vollständig damit einverstanden, daß die Erledigung auf dieser Basis vorgenommen werde. Jetzt berechne ich mit ihm auf Grund dieser Schätzung, wie viel gemäß seinem Einkommen durch eine einmalige Abfindung ausbezahlt werden müsse. Es ergeben sich 1500 Fr. Augenblicklich erklärte er, das ist viel zu wenig; so schließe ich nicht ab; 3000 will ich mindestens haben. Kann da auch nur der geringste Zweifel noch bestehen, daß einfach der Wunsch, viel Geld zu erhalten, alle Sinne und Überlegungen des keineswegs unintelligenten Mannes beherrscht hat.

Solche Erfahrungen, wie die eben genannten, habe ich nicht einmal, sondern viele Male gemacht. Einmal von der aufklärenden Bedeutung einer solchen ruhigen Auseinandersetzung mit dem Patienten am Ende der Beobachtungszeit überrascht, habe ich bei den Kapitalabfindungen diese Methode regelmäßig angewandt, und gar manchmal war ich erstaunt und angewidert, wie dummdreist und nackt die Sucht nach großen runden Zahlen hervortrat. Leider geht es bei dem Rentenverfahren nicht, oder nur in einzelnen der Kapitalabfindung zugänglichen Fällen, dieses Experiment zu versuchen. Auch da habe ich fast regelmäßig dann gesehen, daß ganz gewöhnlich die herausgerechnete Summe als zu klein bezeichnet und meist genau das Doppelte verlangt wurde. Recht typisch war auch das Benehmen eines ausgesprochen querulierenden Neurotikers, der

wegen einer lächerlichen Verletzung mit einer Stadtgemeinde im Prozeß lag. Am Tag vor der Gerichtsverhandlung verlangte er unbedingt nochmals mich zu sprechen und sagte zum Dienstmädchen, es „handle sich eben um eine Sache, bei der viele Tausende herauskommen müssen", und damit platzte er gleich bei den ersten Worten heraus!

Auch bei anderen als Unfallsneurosen sind solche offenherzige Äußerungen nichts Seltenes.

Ein durchaus ehrenwerter höherer Eisenbahnangestellter mit überstandener Spitzentuberkulose und einer geringgradigen Herzmuskelschwäche pflegte alle Winter eine Reihe von Wochen auszusetzen, stets auf Grund eines mehr oder weniger starken infektiösen Katarrhs. Nach Ablauf aller Erscheinungen der Krankheit und reichlichst bemessener Erholungszeit, in der er seine Privatgeschäfte ordnete, pflegte er mein Drängen, jetzt wieder an die Arbeit zu gehen, regelmäßig folgendermaßen zu beantworten: „Das eilt noch nicht. Sie machen sich keinen Begriff, wie es die anderen treiben."

Ein anderer Eisenbahnangestellter hatte wegen Schmerzen im Unterschenkel 8 Monate ausgesetzt. Er gab bei meiner Untersuchung zu, seit längerer Zeit nichts mehr zu spüren. Auf meine Frage nach anderen Beschwerden, lautete die Antwort auf die Nachfrage über etwaiges Vorkommen von Schwindel: „Schwindel? Nein, außer die ganze Geschichte wäre ein Schwindel", worauf er natürlich von der anwesenden Frau scharfen Tadel über sein dummes Reden erhielt. Ich machte nicht die geringste Bemerkung und stenographierte mir die Antwort wie jedes andere. Als ich dann vorschlug, er solle am nächsten Montag jetzt die Arbeit wieder aufnehmen, da er ja nichts mehr zu klagen habe, gab er frech zur Antwort, vor Mai fange er noch nicht an. Dies war am 14. März.

Diese Beispiele ließen sich ins Unabsehbare vermehren, wohlverstanden für Fälle, bei denen nicht von vornherein einfache Simulation oder schwerste Aggravation anzunehmen war. Ich bin völlig überzeugt, daß z. B. der eben zitierte Mann mit dem Wunsche nach vielen Tausenden von Mark von zahlreichen Begutachtern als schwerste traumatische Neurose begutachtet worden wäre. *Was aber immer und immer wieder in wahrhaft erschreckender Deutlichkeit zum Vorschein kommt, das ist, wie die Forderungen als selbstverständliche, natürliche, allgemein übliche ohne jede Scheu und Beschönigung vorgebracht werden! Das ist es eben, was als die wahre Volksseuche zu bezeichnen ist, die seit der Schaffung der sozialen Gesetzgebung und dem Bestehen der Versicherungen als etwas Neues aufgetaucht ist.*

Bei dieser Gedankenrichtung ist es natürlich kein Wunder, daß von einem Erfolg der Behandlung keine Rede sein kann, daß vielmehr dem Arzte stets die größten Schwierigkeiten bereitet werden. Was man in dieser Beziehung erleben kann, grenzt vielfach ans Unglaublichste und ist eine der traurigsten Erscheinungen auf dem Gebiet der Begehrungsneurosen.

Ausgenommen von dieser Erörterung sind hier aus dem Gebiet der traumatischen Neurosen im früheren weiteren Sinne des Begriffes aber die **Unfallshysterien** und darin liegt ein kapitaler Unterschied. Sofern nicht auch bei ihnen bereits die Begehrungsvorstellungen zum dominierenden Faktor geworden sind, wünschen sie Behandlung und gehen bereitwillig

auf neue Versuche auch dann ein, wenn bisher ein deutlicher Erfolg selbst bei längerer Behandlung nicht erreicht worden war. Diese Unfallshysteriker verhalten sich hierin gleich, wie die Hysterien der Sprechstunde. Sie suchen den Arzt. Sie sind vielleicht nach zahlreichen Mißerfolgen ungläubig geworden, daß es noch wesentlich besser werden könne, aber durchaus nicht wie die Leute mit den reinen oder überwiegenden Begehrungsvorstellungen von vornherein ablehnend, mürrisch, besserwissend, unverschämt und frech.

In der psychologischen Herausarbeitung dieses Unterschiedes liegt ein gutes Stück der Differentialdiagnose zwischen beiden durchaus wesensverschiedenen Zuständen. Der wahre Neurotiker geht nach Mißerfolgen immer wieder zu neuen Ärzten, schließlich zum Schwindler und Kurpfuscher. Der Mann mit den Begehrungsvorstellungen bleibt seinem Arzte, der ihm nicht helfen kann, wunderbar treu, aber nur gerade so lange, als er genügend die Interessen der Begehrungen vertritt. Ist dies einmal nicht mehr der Fall, so wird allerdings sofort gewechselt und gesucht, bis ein anderer sich findet, der für alle Wünsche einsteht. Leider ist dieser andere bald gefunden. Nie aber habe ich erlebt, im Gegensatz zu allen Erfahrungen bei nicht Versicherten, daß etwa einmal nach einem Versagen jeder Therapie in der sogenannten Schulmedizin Medikamente von einem Kurpfuscher oder neue, in der Zeitung angepriesene, unfehlbar wirkende Heilverfahren versucht würden. Dies wäre doch eigentlich ungemein verständlich, wenn diese Leute, wie es früher immer dargestellt wurde, schwer deprimiert und krank wären. In diesem Falle würde doch ihre Umgebung oder die gute Frau aus der Nachbarschaft mit diesem oder jenem Mittel oder mit ihrem Rat eingreifen. Aber auch das ist nicht der Fall. Auch Verwandtschaft und Nachbarschaft erfaßt bewußt oder unbewußt, daß die Wahrung der Interessen auf anderen Gebieten liegt. Diese Leute aus dem Volke erweisen sich darin oft als die viel feineren Psychologen als die großen Herren der Wissenschaft, die vor lauter Symptomen und Symptömchen und in einer leider nicht mehr angebrachten Vertrauensseligkeit so gar nichts merken wollen.

Die Widersetzlichkeit des Patienten mit Begehrungsneurose zeigt sich vor allem auch bei der Untersuchung und ist imstande, das Untersuchungsergebnis sehr stark zu trüben. Es wird eine unzufriedene, mürrische, apathische, aber gleichzeitig reizbare Stimmung konstatiert, die selbstverständlich auch bei Kranken ohne jede Aggravation vorkommen kann, die aber bei den Begehrungsneurosen absichtlich und bewußt vorgetragen wird. Es muß natürlich oft schwer fallen, dieses Absichtliche und Bewußte zu beweisen. Gewöhnlich ist das Benehmen nur dem Arzt gegenüber oder gar nur in Gegenwart des Arztes so, wie es geschildert wurde. Schon im Benehmen zur Krankenschwester ergibt sich ein großer Unterschied. Auch gegenüber den Mitpatienten ist das Verhalten ein wesentlich anderes. Selbstverständlich ist sehr genau und mit größter Kritik zu berücksichtigen, daß durch Ablenkung oder durch etwaiges Nachlassen von Beschwerden, wie Kopfweh, Schwindel, Schmerzen, die Stimmung sich ändern kann. So leicht wie bei organischen Erkrankungen läßt sich diese Scheidung auch nicht entfernt durchführen, und sie ist auch in allgemein gültiger Fassung nicht wiederzugeben. Sie muß für jeden Einzelfall durch peinliche Beobachtung und durch ein großes Maß von Verständnis und Kritik durchgearbeitet sein.

Gewisse allgemeine Verhältnisse können verwertbar sein, wenn sie auch nicht unbedingt und ohne weiteres beweiskräftig sind, z. B. ein guter Ernährungszustand mit Gewichtszunahme während der Beobachtung; ein vortrefflicher Appetit, ein ausgezeichneter Schlaf, der durch die Kontrolle der Krankenschwester erwiesen ist und im Gegensatz steht zu den eigenen Angaben des Verletzten oder Kranken. Ein durch ganz einwandfreie Zeugen bestätigtes, ganz wesentlich verschiedenes Benehmen des zu Begutachtenden außerhalb der Krankenanstalt. Daß selbst der Allererfahrenste und Kritische ohne Beobachtung unter anderen Verhältnissen oft nicht zu einem sicheren Resultat kommt, daß es tatsächlich nicht so furchtbar schwer ist, das Bild einer psychischen Depression vorzuspiegeln, beweisen manche in der Literatur niedergelegte Mitteilungen. Beispielsweise ein Gutachten von Strümpell, das von Haag wiedergegeben ist.

Der Mann erlitt eine Bauchkontusion im Januar 1896. Unter dem 19. Januar 1896 lautete das Gutachten des behandelnden Arztes auf Magenkontusion, traumatische Neurose, völlige Erwerbsunfähigkeit. Nur ganz leichte Speisen würden ertragen. Schon Stehen von 5 Minuten erzeugt starkes Zittern der Beine. Es besteht Transportunfähigkeit.

Eine kurze Notiz eines Bezirksarztes erklärt die Sache für Simulation. Der Mann gehe im Zimmer herum und im Garten, nach eigener Beobachtung des Bezirksarztes.

18. April 1896. Gutachten der Klinik München: Hochgradig nervös, Leibdruck, Zittern der Beine. Erhöhte Patellarreflexe. Fußklonus. Würgreflex fehlt. Sensibilität normal. Romberg +. Gang in kleinen Schritten, etwas hüpfend! Es handelt sich um traumatische Hysterie wegen Reflexsteigerung, Herabsetzung des Würgreflexes, des zeitweise vorhandenen Zitterns der Beine und des Fehlens von Blasen-, Mastdarm- und trophischen Störungen. 70 % Rente. (Diese Begründung ist unglaublich; sie entspricht aber einer großen Zahl von Gutachten!)

10. Juli 1896. Der Bezirksarzt bleibt bei der Ansicht Simulation, trotz Brief der Gemeindeverwaltung, der Mann sei nicht 1 % erwerbsfähig. (Die alte Erfahrung, daß gelegentlich Ortsbehörden gegen jedes bessere Wissen für ihren Mitbürger eintreten!)

8. September 1896. Der Mann kommt für 14 Tage auf die Klinik von Strümpell. Gehen sei unmöglich, ebenso das Heben des linken Armes. Schmerzen im Leib. Geht in kleinen Schritten. Der elektrischen Behandlung des linken Armes widersetzt er sich mit mehr als gewöhnlicher Kraft.

Sehr muskulöser Mann. Ernährungszustand gut. Leib auf Druck nicht schmerzhaft. Sensibilität ohne besondere Befunde. Keine Gesichtsfeldeinschränkung. Simulation der Reflexsteigerung wird als augenfällig erklärt. Fußklonus besteht nicht mehr. Beim Liegen behauptet der Mann, die Beine nicht heben zu können. Beim Anziehen der Kleider geht aber alles gut, ebenso beim Elektrisieren. Zweifellos ist alles Simulation. Alle Ansprüche abgewiesen.

14. Juli 1897. Der Mann erhebt neue Ansprüche, belegt sie gleich mit drei ärztlichen Zeugnissen, und was für welchen.

Erstes Zeugnis: Der Leib ist empfindlich. Es besteht Rombergsches Zeichen. Längeres Gehen ist unmöglich. Der Gang ist steif. „Ich halte die Diagnose traumatische Neurose aufrecht."

Zweites Zeugnis: Der Mann ist schlecht genährt, macht sofort kranken Eindruck. Steifer Gang. Stehen ohne Stock nicht möglich. Bauch eingezogen und druckempfindlich. Patellarreflexe erhöht. Fußklonus. Simulation ausgeschlossen. Es besteht traumatische Neurose.

Drittes Zeugnis: Der Arzt erklärt sich von Simulation nicht überzeugt. Ihr Bestehen wäre aber nur eine weitere Bestätigung der Diagnose traumatische Neurose.

(Über diese letztere, in dieser Fassung jeder Wissenschaft hohnsprechende Darlegung werde ich später eingehend berichten. Schon Wernicke hat Möbius vorgeworfen, daß er jede Simulation als einfaches Krankheitssymptom anzusehen scheine.)

Gutachten Strümpell vom 10. Januar 1898. Der Mann spinnt sich in Hypochondrie hinein und ist Querulant geworden. Übertreibt, um sich krank zu

zeigen, aber hält sich für krank. (Ich bitte, diesen Satz als ganz besonders wichtig zu beachten. Damit ist reine Simulation ausgeschlossen.) Ein Heer von Unfallsneurotikern würde herangezüchtet, wenn man auf alle Klagen solcher Leute einginge. Aber hier ist die Gemütsstimmung Folge des Unfalles. Junge Hypochonder weise ich meist völlig ab. Es wäre geradezu ein Unglück, wenn sie alle fortdauernde Renten erhielten. Hier aber zeigt sich auf Unfall ein schweres Krankheitsbild und es handelt sich um einen älteren schwächlichen Mann. Es besteht zwar starke Übertreibung. Schätzung ein Drittel Erwerbseinbuße. Aber glaubwürdige Zeugen sollten ihn zu Hause kontrollieren.

16. Oktober 1899. Antrag auf Erhöhung der Rente gestellt. Der Arzt nahm Verschlimmerung an. Die Rente wird auf 60 % heraufgesetzt.

15. Mai 1900. Begutachtung Strümpell: Die Klagen lauten wie früher. Stehen und Gehen ist gut. Die Klagen über Schmerzen machen einen ganz zweifelhaften Eindruck. Die Ernährung ist gut, 130 Pfund. Schätzung der Erwerbseinbuße $33^1/_3$ %.

11. Mai 1902. Wiederbegutachtung durch Strümpell: Der Mann klagt über viele Schmerzen und macht in der Tat einen krankhaften Eindruck. Es besteht etwas Zittern. Der Gesichtsausdruck ist leidend, schmerzerfüllt. Der Gang ganz langsam, humpelnd. Ernährungszustand gut. Ich hielt die Sache für unverändert und wollte wieder $33^1/_3$ % Rente geben. Zufällig aber mit dem Patienten verreisend, traf ich ihn auf dem Bahnhof. Er war nicht wieder zu erkennen. Frischer Gesichtsausdruck. Die Zigarre im Mund. Gang rasch, mühelos, mit größter Leichtigkeit. Von dem Mann der Klinik keine Spur! Ein ganz anderer Mann lief da vergnügt herum. Nachdem ich ihn 10 Minuten beobachtet hatte, trat ich auf ihn zu, klopfte ihm auf die Schulter und bezeugte meine Freude über die Besserung. Sofort wurde das Gesicht schmerzvoll, der Gang langsam, humpelnd. Strümpell schreibt, daß in geradezu unerhörter Weise absichtliche und bewußte Übertreibung der Beschwerden vorgelegen habe, und schließt mit dem Satz: „Könnten wir Ärzte doch alle unsere Kranken in solcher Weise unbemerkt beobachten; wir würden wohl von manchem ein ganz anderes Bild bekommen, als uns die Untersuchung zeigt." Strümpell setzt die Rente auf 20 % herab, erklärt, daß zwar die völlige Streichung das Richtigste wäre, indessen mit Rücksicht auf das Alter 20 % gegeben werden können.

Diese Beobachtung eines unserer ersten Kliniker, der selbst auf dem Gebiet der Unfallsneurosen die allergrößten Verdienste besitzt, ist dasjenige Beispiel, das meines Erachtens unübertrefflich in dieser Frage zeigt, wie bei Begehrungsneurosen die depressive Stimmung gemacht und übertrieben wird. Bilde sich nur kein einziger Arzt, auch der erfahrenste und höchststehende ein, daß er imstande sei, selbst auf Grund einer 2- bis 3wöchigen Krankenhausbeobachtung einen bewußt übertriebenen depressiven Gemütszustand mit Sicherheit zu durchschauen. Ich halte ganz besonders darauf, festzustellen, daß der oben begutachtete Mann nicht völlig gesund war. Aber auf Grund der Begehrungsvorstellungen sind wohl unzweifelhaft bestehende leichte Beschwerden maßlos bewußt übertrieben und dazu manches simuliert worden. Dazu sind durch den steten Rentenkampf die Beschwerden festgehalten und fixiert worden und ist der Mann durch eigenes Verschulden stärker suggestibel geworden und ethisch heruntergekommen. Daß man durch das jahrelange Vertreten und Verteidigen einer so schlechten Sache schließlich krank werden kann, muß jedem menschlichen Gehirn zugetraut werden[1]). Eine ganz andere Frage ist aber, ob solche Artefakte von Krankheiten noch mit Geld entschädigt werden sollten. Die Rechtsprechung des Deutschen Reiches ist in solchen Fragen glücklicherweise allmählich immer härter geworden und weist in höchst erfreulicher Weise heute seit 1902 solche „Rentenkampfneurosen" vollständig ab.

---

[1]) Siehe besonders Mendel gegen Oppenheim.

Wenn wir also selbst bei vollständigem Eindruck depressiver Stimmung auf Grund der Befürchtungen, Schmerzen und Klagen dieser Gruppe von Neurosen kritisch bleiben müssen und eine Kontrolle unter ganz anderen Verhältnissen vielfach nicht entbehren können, so gilt dann freilich ohne weiteres die Umkehrung, daß ein wesentlich anderes als depressives Verhalten während der ärztlichen Beobachtung von vornherein als wichtig für die Beurteilung eingeschätzt werden darf.

Neben den psychisch einwirkenden Faktoren aus den Begehrungsvorstellungen und der Rentensucht kommen nun **wahre** und **begründete Motive** zur Geltung. In manchen Fällen sind die Befürchtungen über Verlust der Stelle und des Arbeitsverdienstes begründete, ja es hat bereits eine Entlassung vielleicht unter brutaler Rücksichtslosigkeit stattgefunden. Oder es ist bei der Charakteranlage des Mannes und auch bei den vorhandenen Schmerzen und der Dauer der bisherigen vergeblichen Behandlung gar kein Wunder, wenn der Mann an schwere Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit und seiner Gesundheit denkt. Hier gilt es psychologisch durch ruhigen und völlig objektiv den Tatsachen gegenüberstehenden Verkehr mit dem Kranken zu analysieren, wie weit die Befürchtungen und Sorgen echt, und wie weit sie nur vorgebracht sind, um die Situation zu verschärfen, eine zweifellos schwierige Aufgabe, der von vornherein nicht jeder Arzt gewachsen ist. Ein freches, völlig unbelehrbares, absolut ablehnendes Benehmen ist zum mindesten verdächtig, kann aber natürlich auf dem Boden psychopathischer Zustände entstanden und dann als krankhaft zu betrachten sein.

Prinzipiell ist zu sagen, daß die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherungen in der sozialen Gesetzgebung eigentlich gerade dazu geschaffen wurden, um wenigstens bis zu einem gewissen Grade Beruhigung gegen Kranksein und Verminderung der Arbeitsfähigkeit zu schaffen. Da darf man sagen, daß diese Wirkung ohne jeden Zweifel nicht erreicht worden ist. Die nicht Versicherten finden sich mit viel weniger Klagen und viel größerer Tapferkeit in ihr Schicksal. Sie finden sich im Kampf ums Dasein auch viel rascher wieder zurecht[1]) und kommen trotz schwerer Verstümmelungen weder zur Neurose noch zu wesentlichen Arbeitseinbußen[2]). Jeder Arzt kennt zahlreiche Nichtversicherte, die mit schweren Verstümmelungen vollen Lohn jahraus jahrein erwerben. Im Gegensatz dazu sehen wir die mit Renten Abgefundenen stets mürrisch, unzufrieden und schwer an die Arbeit zu bringen, selbst wenn die Verletzungen gering sind. Man muß leider sagen, daß in bezug auf eine Abnahme der Sorgen für die Zukunft bei Kranksein oder Verletzung die ganze soziale Versicherung vollständig versagt hat. Sie hatte zu wenig mit der menschlichen Psyche gerechnet.

Wenn aber dieses Resultat so außerordentlich unbefriedigend ist, so kann für jeden mit diesen Fragen Vertrauten doch nur ein Schluß möglich sein: Alle diese zu großen Befürchtungsäußerungen für die Zukunft sind übertrieben, entweder unbewußt übertrieben durch die suggestive Wirkung der heutigen Gesetzgebung, oder bewußt übertrieben durch Begehrungen. Auch aus dieser letzteren trüben Quelle können zweifellos unbewußte oder halbbewußte Einflüsse hervorgehen.

---

[1]) Biologische Korrekturen, wie das Veraguth nennt.
[2]) Beispiel Nonne (1905): Schwere Verstümmelungen, trotzdem Vollohn.

Die Schuld des Patienten geht so weit, daß manche Stimmen den Wert der ganzen sozialen Versicherung bezweifelt haben (siehe bei Bernhard). Die Begehrungsvorstellungen wurden vielfach als eine Volksseuche bezeichnet. Einige Aussprüche mögen das belegen.

Rumpf: Manch ernster Mann bezeichnet den Wert der Versicherung wegen der Zunahme der Simulation und der Depravation der Bevölkerung als problematisch.

Cramer (1912) spricht von einer Pansuggestion, jeden Unfall zu überschätzen. Jeder sucht herauszuschlagen, was er kann.

Gaupp (1906) bezeichnet den Zustand als unerträglich und die Wirkung des Gesetzes als verhängnisvoll.

Horn: Die erdrückende Mehrzahl will den Unfall ausnützen und hat nicht das mindeste Interesse am Gesundwerden.

Hoche (1907) spricht von einem Krebsschaden, einer „Volksseuche", einer moralischen Degeneration zahlreicher Arbeitskräfte mit dem Zunehmen der traumatischen Neurose.

Lissauer (1907): Die demoralisierende Wirkung der Versicherungsgesetzgebung ist für jeden Praktiker eine unverkennbare Erscheinung.

Windscheid: Das rapide Anwachsen der Unfallshysteriker ist eine schwere soziale Gefahr.

Zahlreiche Autoren betonen, wie nichts mehr heilen will (Laquer, Jeremias, Thiem), wie erheblich die demoralisierende Wirkung sich zeige (Finstner, Horn, Engelen, Jolly, Pochon usw.). Einzelne halten den Schaden der Gesetzgebung vielleicht schon für größer als den Nutzen (Pochon, Kraft, Mönkemüller, F. C. Müller). Selbst Juristen und Richter sehen das Unhaltbare des gegenwärtigen Zustandes ein (Zingerle). So spricht Friedberg, langjähriges Mitglied des Reichsversicherungsamts, von den Verheerungen, welche die Rentensucht im Volkscharakter angerichtet hat. und als Beispiele führt er selbstverständlich die Zunahme der Unfallsneurosen an. Ähnlich Justizrat Wandel (in Placzek). Einzig die leitenden Kreise des staatlichen Versicherungswesens schließen die Augen. So kann Kaufmann alle diese Angriffe als unzureichende Kenntnis, zum Teil als Einseitigkeit und Übertreibung bezeichnen. Simulation sei nicht häufiger als auch anderswo.

b) Der Arzt als behandelnder Arzt und Begutachter bei der Psychogenese der Unfalls- und Begehrungsneurosen.

Von einzelnen Autoren ist in der Literatur der Satz verfochten worden, daß der erstbehandelnde Arzt entscheidend für das Entstehen oder Nichtentstehen von Unfallsneurosen in Betracht komme. Das ist eine vollständige Verkennung der tatsächlichen Sachlage. So groß ist heute, namentlich unter der Herrschaft der Kassen, der ärztliche Einfluß leider nicht mehr. Wohl kommt es oft vor, daß der Patient angibt, der erstgerufene Arzt hätte gleich ein sehr ernstes Gesicht gemacht, für die Zukunft die größten Besorgnisse ausgesprochen und so den Grund für die Angst und Befürchtung gelegt.

Vereinzelt wird das stimmen. Geht man aber den Aussagen der Leute kritisch nach, so finden sich gewöhnlich schon in den Unfallsakten sichere Beweise, daß die Angaben des Patienten übertrieben oder unwahr sind. Das, was der Arzt da gleich bei den ersten Befunden als seine Diagnose und sein Untersuchungsergebnis niedergelegt hat, ist unter allen Umständen verwertbarer als die schwer kontrollierbaren Aussagen der Verletzten. Oft ergibt die direkte Befragung des erstbehandelnden Arztes auch rasch die völlige Haltlosigkeit der so oft gehörten Aussprüche: der

Arzt hätte gleich gesagt, das sei ein sehr schwerer Fall, und Heilung dürfte wohl nie eintreten. Diese Nachfrage sollte daher wenn immer tunlich angestellt werden.

Aus einer ganz allgemeinen Tatsache läßt sich übrigens ohne weiteres die Unrichtigkeit von der Hauptbedeutung des erstgerufenen Arztes widerlegen, aus der Tatsache, daß die weitaus große Mehrzahl der Unfallsneurosen zunächst gar kein neurotisches Krankheitsbild bieten, mit Ausnahme der Hysteriephasen, auf deren Entstehung[1]) der Arzt sicherlich, wenn überhaupt, einen nur ganz unbedeutenden Einfluß hat. Die Neurose entwickelt sich allmählich auf dem Boden des Kampfes ums Recht und um Entschädigung, auf Grund der Begehrungen. Schon in der Krankengeschichte ist das oft wundervoll herauszulesen. Von einem abnormen psychischen Zustand ist anfänglich gar keine Rede. Die Besserung macht gute Fortschritte. Jetzt endlich kommen die Angaben über zahlreiche Klagen, die im Gegensatz zum organischen Befund stehen, und schließlich die Äußerung, daß der früher zufriedene und dankbare Patient mürrisch, mißtrauisch, rechthaberisch, unverschämt, unbelehrbar geworden sei.

Freilich kann der Arzt, aber erst im späteren Verlauf, bei energischem Auftreten den Verletzten aus seiner Grübelei herausreißen, am besten durch energisches und absolut sicheres Auftreten, durch die bestimmte Erklärung, daß eine Rente oder Kapitalabfindung niemals herauskomme und jedes Studieren darüber völlig vergeblich sei, da eine glatte Heilung bevorstehe.

Im Gegensatz dazu steht leider im Gebiet des Rentenverfahrens die Praxis, daß wenigstens eine Zeitlang eine Schonungsrente gegeben wird, die sich dann oft zu einer Dauerrente entwickelt. Da bestehen zurzeit noch haarsträubende Zustände. Ein anderes Wort ist einfach nicht am Platz, wenn man die folgenden Mitteilungen sieht.

W e t t e gibt bekannt, daß bei 200 Verletzungen der Unterschenkel und Füße, die vielfach zu den ganz harmlosen (z. B. Zehenverletzungen) gezählt werden dürften, k e i n e r ohne Rente entlassen wurde. Selbst bei Zehenverletzungen wurden 10—15% Rente, wenigstens für eine Zeitlang, gegeben. Solange natürlich eine solche Praxis herrscht, ist an einen Rückgang der Volksvorstellung: Unfall, also Geld, nicht zu denken.

Je mehr heute die Ärzte von Kassen abhängig geworden sind, um so stärker ist aus dem früher freien Beruf eine traurig abhängige Stellung geworden und werden Gefälligkeitszeugnisse[2]) ausgestellt. Dabei handelt

[1]) Anders ist es freilich in bezug auf die weitere Gestaltung der Symptome und in bezug auf den Verlauf.

[2]) Über die Gefälligkeitszeugnisse des heutigen Kassenarztes macht man sich kaum einen vollständigen Begriff. In der Literatur verweise ich auf Zeugnisse, die zu dem S t r ü m p e l l schen Fall gegeben wurden. Ferner G ö r t z: 1. Fettembolie des Gehirns, 9 Jahre nach Unfall, als Unfallsfolge erklärt. 2. Geringfügige Kopfkontusion, bezog 6 Jahre 50% Rente. Jetzt „totgesoffen". Arztzeugnis: Mußte sich betäuben, Alkoholgenuß im Übermaß war „zweifellos" (!) Folge des Unfalls. Erhebungen ergaben Delirium alcohol. schon 2 Jahre vor Unfall. — T i p p e l: Von allen Begutachtern und Gerichten abgewiesener Simulant bekommt vom Arzt Zeugnis, er sei nervenkrank, und vom Ortsvorstand, er sei vollkommen erwerbsunfähig. — S c h u l t z e und S t u r s b e r g (1912): Einem wurde ärztlich bescheinigt, er leide an traumatischer Neurose und sei zu befürchten, daß er den Verstand verliere. — L i n i g e r (1907): Gewissenloses Ausstellen von Invaliditätszeugnissen. Fall, bei dem der Arzt sein Invaliditätszeugnis schon nach 1 Jahr vergessen hatte und jetzt auch Unfallrente verlangt. Siehe auch den abgewiesenen Tabesfall.

es sich nicht ausschließlich um einfaches Nachgeben, so sehr das leider auch vorkommt, sondern für fast wichtiger möchte ich es ansehen, daß der Arzt bei seinem Massenbetrieb einfach keine Zeit mehr hat, alles genügend zu prüfen, und daß er allmählich durch die zu große Inanspruchnahme in bezug auf medizinisches Wissen herunterkommt. Ist er erst aber einmal unsicher in der medizinischen Auffassung, so ist sein Rückgrat gegenüber den Begehren der Leute schon völlig gebrochen. Dieser Massenbetrieb des Kassenarztes ist aber innerlich ganz unberechtigt, da er nur auf den stark übertriebenen Forderungen der Patienten auf viele Besuche, Krankenscheine, Zeugnisse u. dgl. beruht. Für Privatpatienten, die keiner Kasse angehören, wird der Arzt sehr viel weniger in Anspruch genommen und werden so viele Besuche höflichst verbeten, weil sie unnötig sind. Schon bei der Privatversicherung gegen Krankheit und Unfall, bei der der Versicherte selbst den Arzt zahlen muß, bleibt die Zahl der ärztlichen Besucher sehr bescheiden. Man macht sich in vielen Kreisen einfach gar keine Vorstellung, wohin die Überlastung durch das Kassenwesen mancherorts geführt hat. Ein einziges Beispiel will ich hier anfügen.

Wie mir der Leiter und der Oberarzt einer Frauenklinik versichert haben, schicken die Kassenärzte Jahr für Jahr eine Anzahl Frauen zur zystoskopischen Untersuchung wegen des Verdachts, daß ein schweres Nierenleiden vorliege, weil der Harn blutig sei. Es handelt sich aber lediglich um menstruelles Blut.

Ist ein solcher Zustand für eine Wissenschaft nicht wahrhaft beschämend, und wäre es nicht einmal an der Zeit, gründliche Remedur zu schaffen?

Wenn der Kassenarzt aber schon durch seine Überarbeitung in einer schlimmen Lage ist, so muß er sich auf dem Gebiet der traumatischen Neurosen noch ganz besonders unsicher fühlen. Denn er kann heute noch ziemlich bestimmt darauf rechnen, daß dann ein später gerufener Spezialarzt für Nervenkranke doch eine traumatische Neurose „findet“, wenn der behandelnde Arzt die unbedeutende Angelegenheit nicht in dieses dehnbare und uferlose Gebiet hineinkommen lassen wollte.

c) Die Versicherungen und die Berufsgenossenschaften.

Die großen Privatversicherungen der Neuzeit sind Mitte der siebziger Jahre gegründet worden als kleine Unternehmungen geschäftlicher Natur von durchaus unsicheren Aussichten. Niemand konnte wissen, ob durch Versicherung gegen Krankheit und Unfall ein Geschäft gemacht werden könne. Jedes Vorbild dazu hatte gefehlt. Eine der zürcherischen Versicherungen ist dann auch zugrunde gegangen, und haben die Aktionäre das anfänglich nur zum kleinen Teil eingezahlte Kapital noch ganz einzahlen und verlieren müssen. Andere sind, dank geschickter Leitung, große, international arbeitende Gesellschaften von berechtigtem Ansehen geworden. Da es sich aber um Privatinteressen mit dem Zweck des Verdienens handelt, ist es gut zu begreifen, daß vielfach die Klage der Härte und Rücksichtslosigkeit bei den Erledigungen der angemeldeten Unfälle und Krankheiten geltend gemacht wird, ein Vorwurf, der in durchaus nicht abgeschwächter Form aber auch gegen alle staatlichen Einrichtungen erhoben wird, und zu maßlosem Schimpfen und zur größten Unzufriedenheit gegen den Staat und seine Organe führt. In der Tat kommen

in so großen Betrieben naturgemäß Fehler vor, die vermieden werden könnten. Meistens sind es noch ungeübte und unerfahrene Unterbeamtete, die den richtigen, gewiß nicht leicht zu treffenden Mittelweg nicht finden. Durch die bittere Erfahrung über den großen Betrug auf diesem Gebiete werden mit der Zeit auch fast alle Beamten dieser Versicherungsanstalten mißtrauisch und ungläubig. Auf den Vorwurf der Entschädigungsfordernden, ob denn etwa von ihnen geglaubt würde, es handle sich um Simulation oder Übertreibung, können sie antworten wie jener Zollangestellte: „Bleiben Sie nur ruhig, wir wissen ganz genau, daß wir hier auf dem Zollamt jeden Tag mehr wie hundertmal angelogen werden.“ Natürlich kann nun sehr zu Unrecht auch derjenige mit völlig berechtigten Forderungen getroffen werden. Um sich Klarheit zu verschaffen über das Medizinische des Falles, werden ärztliche Experten und Vertrauensärzte bestellt, und zwar muß der Gerechtigkeit die Ehre gegeben werden, daß die Gesellschaften sich die tüchtigsten und angesehensten Ärzte dafür aussuchen und dem ausgefertigten Gutachten weitgehend entsprechen. Ein gewisser Handel bei der schließlichen Geldabfindung besteht deshalb doch noch, weil für Kapitalabfindung und andere Vorteile z. B. gewisse Abzüge gemacht werden können, aber nicht ohne Ausnahme gemacht werden müssen. So kann es gewissen Versicherten scheinen, zumal bei der großen Unerfahrenheit fast aller Leute auf diesem Gebiet und der ungenügenden Kenntnis der Versicherungsbedingungen, daß willkürliche oder unberechtigte Abzüge vorgenommen seien. Ein gewisses Feilschen um die Höhe der Summe kann und darf auch nicht wundernehmen, da auch von seiten der Versicherten die Auffassung allgemein herrscht, daß es sich hier um etwas Geschäftliches handelt und nicht um etwas wissenschaftlich scharf Abgegrenztes. Selbstverständlich werden geschäftliche Prinzipien auch auf seiten der Gesellschaftsorgane mitspielen. Im großen und ganzen muß aber jeder in diesen Fragen durch jahrelange Tätigkeit Vertraute der Wahrheit die Ehre geben und sagen, daß, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die großen Versicherungen, wie ich schon 1913 schrieb, „heute mit Sachkenntnis und Verständnis die aufgeworfenen Fragen behandeln, daß sie sich streng an die Gutachten der ihnen als unparteiisch bekannten Ärzte halten und auch dann vielfach noch fünf gerade sein lassen“, um dem geschäftlich offenbar aus reicher Erfahrung gewonnenen Satze nachzuleben, wenn irgend möglich eine Erledigung durchzuführen. Wenn daher im Feldzug für das Zustandekommen einer schweizerischen staatlichen Unfall- und Krankenversicherung selbst ein höchster schweizerischer Beamter „von der bekannten Prozeßsucht der Versicherungsgesellschaften in fast jedem Haftpflichtsfalle“ gesprochen hat, so war das einfach demagogisch. Die Versicherungen unterliegen stets einer gewissen staatlichen Kontrolle und die Zahl der erst durch Prozeß erledigten Fälle war eine minimale, etwa 2 ‰ — während die Zahl der Berufungen gegen die Entscheide der staatlichen Versicherung mit dem Worte Legion noch zu niedrig bezeichnet ist. Wurden doch im Jahre 1911 in Deutschland in der Unfallversicherung allein über 170 000 Prozesse geführt (B e r n h a r d).

Über den ungemein schädlichen Einfluß dieser langen Rechtsverhandlungen mit ihren psychischen Torturen für Neurosen, auch für reine Begehrungsneurosen und für diese sogar nicht weniger, herrscht aber nur eine Stimme, so daß vom medizinischen Standpunkt aus die Art der Erledigung durch die Privatversicherungen außerordentlich hoch über der

bisherigen gesetzlichen Praxis der staatlichen Versicherungen steht. Wenn aus höheren staatlichen und sozialen Gründen, denen die Berechtigung zum größten Teil nicht abgesprochen werden kann, dennoch die staatliche Versicherung vorgezogen werden soll, so müssen ihre medizinischen Nachteile jedenfalls durch Abkürzung der Untersuchungs- und Gerichtsverfahren vermindert werden, z. B. durch Schaffung von Schiedsgerichten. Höchst bedenklich bleibt immerhin, daß die unvermeidliche Unzufriedenheit sich jetzt gegen den Staat und seine Organe richtet.

Ein psychologisch auf die Versicherten sehr ungünstig wirkendes Moment bei den Privatversicherungen muß hier erörtert werden, weil es tatsächlich eine erhebliche Rolle spielt und mit Vorliebe in Arbeiterzeitungen, und, wie ich mich selbst überzeugt habe, auch in Arbeiterversammlungen hervorgehoben wird. Die großen Privatversicherungen zahlen enorme Dividenden, bis 29 und 31%. Das sticht dem armen Teufel, der geschädigt ist und nun um seine bescheidene Summe kämpfen muß, natürlich gewaltig in die Augen. Sein Schluß, so enorm viel wird von uns verdient, erscheint unanfechtbar.

Ich habe mich schon bald, als ich in diesen Versicherungsfragen tätig war, darüber erkundigt, wie ein solcher Gewinn zustande kommt. Da ergibt sich nun folgendes. Die Kollektivversicherungen der Arbeiter bei den großen Privatversicherungen arbeiten mit äußerst niedrigen Gewinnen, ja gar nicht selten mit direktem Verlust 2 Jahre nacheinander. Was das Geschäft rentabel gestaltet, ist die hohe Privatversicherung der wohlhabenden Leute. Die Arbeiterversicherung dient in erster Linie dazu, die Gesellschaft bekannt zu machen. Es muß von ihr geredet werden, damit auch die hohen Versicherungsabschlüsse eingehen.

Das Hauptgeld für die Dividenden entstammt aber noch ganz anderen Quellen, nämlich den Zinsen der Reserven. Große Summen müssen, das verlangt die staatliche Oberaufsicht, ausgewiesen werden, um allen Möglichkeiten gerecht werden zu können.

Noch ein weiterer Grund, und dies ist sogar der wichtigste, fällt schließlich in Betracht. Das eigentliche einbezahlte Aktienkapital ist verhältnismäßig sehr klein. In jedem Geschäft ist der Gewinn um so größer, je höher auf ein kleines Kapital der Umsatz sich gestaltet. Hier ist nun der Umsatz enorm, das Aktienkapital aber klein. Die Aktien sind ferner auch nicht voll einbezahlt, oft sogar nur zu einem Viertel. Daher ist der tatsächliche Gewinn gar nicht so groß und müßte nun eigentlich geteilt werden, da der Aktionär für die ganze, nicht voll einbezahlte Summe haftet. Dies geschieht aus rein kaufmännischen Gründen nicht, um mit dem Glanz des Hauses nach außen zu imponieren. Das ist aber doch, medizinisch betrachtet, und auch vom sozialen Standpunkt aus ein Unsinn, der den Versicherungen ungeheuer schadet. Hier sollte unbedingt Wandel geschaffen werden, da auch für die kleinen Versicherten in ihrem berechtigten Kampf um Entschädigung eine solche Dividendenhöhe geradezu herausfordernd wirkt und psychisch schwer schädigt.

Wieviele Ärzte, die für die Versicherungen untersuchen und begutachten, kennen nun aber diese Verhältnisse? Vielleicht der Ordinarius, der das oberste Gutachten abgibt nach seiner Vertiefung in die Psyche des Verletzten oder Kranken? Die Antwort darf ich mir ersparen.

Die Versicherungen sind nun genötigt, zur Kontrolle des Verhaltens der Patienten Inspektoren zu halten, deren Aufgabe keine kleine, und

unter allen Umständen keine angenehme ist. Daß sie Fehler begehen und ihnen Irrtümer unterlaufen, kann nicht bestritten werden. Aber im großen ganzen lernen diese Inspektoren nach einiger Zeit ihre Aufgabe ganz gut, sofern sie dazu angeborenes Talent und Verständnis haben. Das ist allerdings die Bedingung. Gegen die Einrichtung der Inspektoren als Detektive und Schnüffler wird von gewisser Seite furchtbar geschimpft und gewettert. Auch in politischen Zeitungen und Broschüren (Der tolle Hund, Zürich 1909, im Abschnitt: Unsere Besuche) wird in allen Tonarten ihre Tätigkeit verurteilt.

Ohne jeden Einzelfall in Schutz nehmen zu wollen, konnte ich mich doch im ganzen nicht überzeugen, daß diese Inspektoren schlechte oder unrichtige oder gar absichtlich unwahre Erhebungen machen. Ich kann für die Notwendigkeit dieser Tätigkeit doch wohl ins Feld führen, daß auch die städtischen Armenpflegen ohne Inspektoren nicht auskommen und daß die staatlichen Versicherungen in jedem Dorf Vertrauensleute haben, deren Tätigkeit dieselbe ist.

Man sollte meinen, daß derjenige, der auf rechten Wegen geht, im allgemeinen eine Kontrolle nicht zu fürchten hat. Daß für den Arzt eine Auskunft über das Benehmen außerhalb der Sprechstunde und des Krankenhauses schlechterdings unentbehrlich ist, weiß jeder Begutachter sehr gut.

Die Nachfrage bei Amtspersonen ergibt nicht bessere Resultate. Daß sogar Auskünfte von Amtspersonen[1]) absichtlich zugunsten von Gemeindeangehörigen gefälscht werden aus den verschiedensten, hier nicht zu erörternden Gründen, ist leider Tatsache. Gaupp hat in der Diskussion zu einem Vortrage von mir dieses Verhalten auf das schärfste gegeißelt.

d) Die Gerichte und die Gesetzgebung.

Auf mancherlei schädigende Wirkungen der Gerichtsverhandlungen bin ich bereits S. 50 eingetreten; man wird aber sagen können, daß nicht wegen der Begehrungsneurose ein völlig anderes Gerichtsverfahren durchgeführt werden könne, z. B. ohne Anwesenheit des Kranken oder Verletzten, wenn auch manches für den Neurotiker schädigend wirken müsse. Dafür sollte aber sicherlich eine ganz wesentliche Beschleunigung und starke Abkürzung des Verfahrens durchgeführt werden. Ein großer Nachteil ist auch die Unentgeltlichkeit des Rechtsweges, so daß die Leute ohne die geringsten Auslagen alle Instanzen anrufen können, einen juristischen Vertreter haben und daher nicht durch irgendwelche Auslagen wie sonst einer gewissen Beschränkung unterworfen sind. Doch wird man aus den Grundsätzen der Rechtsgleichheit zwischen arm und reich auch diese staatliche Maßnahme verstehen und billigen, wenn sie auch vielleicht hier eine Einschränkung im allseitigen Interesse erfahren könnte. So wäre doch z. B. denkbar, daß nicht wegen einer prozentlich geringen Erhöhung der Rente oder der Entschädigungssumme wieder eine höhere Instanz angerufen werden kann und so feine Abstufungen der Erwerbseinbuße von 10 zu 10 % überhaupt nicht anerkannt würden. Ich denke z. B. daran, daß wenn bereits zwei Drittel Erwerbseinbuße anerkannt ist, nicht bloß wegen Begehrung von 75 % wieder alle Gerichtsinstanzen be-

[1]) Siehe besonders drastische Beispiele bei Laquer, 1912 und Gutachten Strümpell S. 57.

schäftigt werden sollten. Bekanntlich kann auch nach allerkürzester Zeit der Beschädigte mit der Einrede der Verschlimmerung sofort die ganze Angelegenheit wieder von vorn beginnen. Dies sollte wirklich nicht angängig sein, wenn die Taxationen nur unbedeutend auseinandergehen.

Es wäre auch sicherlich genügend, wenn ein vom Gericht bestellter Begutachter für einen die Gerichte immer und immer wieder beschäftigenden Fall seine Taxation abgibt und diese dann ohne weitere Verhandlung angenommen würde. Was sollte man nach einem halben Jahr z. B. außer den ärztlichen Momenten wieder wesentlich Neues vorbringen können?

Vor allem wäre aber daran zu denken, daß eine einmal festgesetzte Rente für längere Jahre festgesetzt bliebe und nicht jeden Augenblick die Berufung wegen Verschlimmerung möglich wäre, besonders dann, wenn die Rente fünfzig und mehr Prozent ausmacht.

Von allen Seiten wird dann der maßgebende Einfluß der Gesetzgebung hervorgehoben und auch hier melden sich viele Wünsche nach Verbesserungen zum Worte. Nach den glänzenden Erfahrungen über die Heilbarkeit der Unfall- und Begehrungsneurosen beim System der Kapitalabfindung sollte die Möglichkeit der Kapitalabfindung weiter erhöht werden. Heute kann mit Einverständnis der Verletzten eine Ablösung bei 20 %, bis vor kurzem nur bei 15%iger Rente stattfinden. Ohne jede Schwierigkeit könnte man hier noch weitergehen. Ich persönlich stehe natürlich ganz auf dem Standpunkt der ausschließlichen Kapitalabfindung für sämtliche Fälle von Neurosen, und zwar sollte diese Form der definitiven Erledigung unter allen Umständen nicht nur möglich sein, sondern auch stattfinden müssen. Alle Einwände, die in Deutschland immer noch gegen dieses System erhoben werden, halten meines Erachtens der Kritik nicht stand; siehe meine Arbeit von 1910, in der ich den Gegenbeweis führe.

Nur auf diesem Wege ist die allerschwerste Schädigung der Neurosen, die durch die heutige Gesetzgebung entsteht, nämlich die ewige Nachuntersuchung und Begutachtung und die ewige Berufung gegen die Entscheide, wirksam zu bekämpfen. Bei diesen Nachuntersuchungen wird ja der Patient, man kann schon sagen, zum Sichhineinarbeiten in die Neurose verführt. Einmal muß er Klagen und Beschwerden vorbringen und so auf alles Kleine achten und nichts vergessen, wenn sein Rechtsstandpunkt nicht notleiden soll. Durch die immer wieder kommenden Nachuntersuchungen aber werden ihm die Klagen geläufig. Auch lernt er in den Krankenhäusern von seinen Leidensgenossen, wie man es anfangen muß, und was etwa noch für eine günstigere Begutachtung fehlt. Der Hauptgesichtspunkt aber bleibt, wie schon früher oft hervorgehoben ist, daß der Patient nicht zur Ruhe kommt und schon durch das Verfahren an sich verbittert und gereizt wird.

Als eines der Hauptbeweisstücke für die Richtigkeit der hier vorgetragenen Auffassung der traumatischen Neurosen zählt schließlich die Dauerheilung nach definitiver Erledigung, die ganz besonders bei der Kapitalabfindung beobachtet ist. Da sind, wie ich später zeigen werde, diejenigen Leute sofort oder in wenigen Wochen wieder an der früheren Arbeit, die von Weltautoritäten auf 80 % dauernd erwerbsunfähig begut-

achtet worden sind. Wenn solche Erfahrungen nicht vereinzelt, sondern regelmäßig gemacht werden, dann müssen doch in der bisher gültigen Auffassung Fehler von der größten Bedeutung sich eingeschlichen haben. Daß dem so ist, werde ich später zeigen.

Kapitel IX.

Historisches zur Auffassung der traumatischen Neurosen bis zu den Monographien von Oppenheim.

Selten ist ein Leiden im Laufe einiger Dezennien einem so großen und prinzipiellen Wechsel der Auffassung unterworfen gewesen wie die traumatische Neurose. Zunächst von chirurgischer Seite beschrieben und als durch anatomische Veränderungen am Rückenmark und seinen Häuten bedingt angesehen, wurde später die Krankheit von Neurologen auf feinere neuritische Prozesse zurückgeführt, von Charcot dann aber im wesentlichen als Hysterie erklärt und in ihren psychischen Wurzeln namentlich von dem Psychiater Moeli durchschaut. So gewiß eine Reihe von Fällen auf schon vorher bestehende manifeste oder latente Hysterie zurückgeführt werden müssen, so bestimmt können wir uns heute dahin aussprechen, daß in der Mehrzahl der Fälle mehr oder weniger normale Begehrungsvorstellungen die Hauptquelle darstellen, so daß das Trauma in seiner Bedeutung immer stärker in den Hintergrund tritt.

Die Geschichte der traumatischen Neurose wird gewöhnlich mit der Arbeit von Erichsen 1876 begonnen und mit Verletzungen nach Eisenbahnunfällen in Beziehung gebracht. Diese Arbeit betont aber gleich zu Anfang, daß ganz gleiche Leiden auch ohne Eisenbahnunfälle beobachtet werden, und enthält dann auch in der Mehrzahl der kasuistischen Mitteilungen kein Eisenbahnunglück als ursächliches Moment. Von den 15 Erkrankungen sind die Mehrzahl reine organische Verletzungen mit Blutungen in Gehirn und Rückenmark, mit schweren Lähmungen der Motilität und Sensibilität, wie zum Teil durch die Sektion festgestellt worden ist. Nur 6 Fälle dürften, soweit die für heutige Ansprüche eben nicht mehr genügende Mitteilung das zuläßt, als Neurosen aufgefaßt werden. Diese letzteren können uns hier allein interessieren. Ich will einiges davon wiedergeben, da wir dadurch viel tiefer in die Gedankengänge Erichsens Einblick erhalten, als wenn, wie es sonst üblich ist, nur die allgemeinen Abstraktionen referiert werden.

Fall 8. 56jährige Frau. Mit 18 Jahren Fall rückwärts auf der Treppe. V. und VI. Halswirbel prominent. Von hier ausgehend eigentümliche Sensationen, stets quälender Natur. Schwindel, Gang aber ganz gut, fühlt sich jedoch auf einem offenen Platz sofort verloren. Beständig hört sie ein lautes Geräusch. Kann die Bewegung und sogar die Farbe der Blutkörperchen im Auge empfinden! Hat 30 Ärzte gehabt. Haarseile im Nacken. Klitoris wegoperiert. Alles komme von der Stelle, wo, wie sie meinte, vor 38 Jahren ein Nackenwirbel ausgetreten sei.

Erichsen nimmt hier als Ursache an: eine Verdickung der Rückenmarkshäute, dadurch die sensiblen Stränge affiziert; Verdickung der Dura mater komme weniger in Betracht.

Bei diesem Krankheitsbild würde sicherlich heute niemand etwas anderes als eine schwere, wohl hysterische Psychose oder dann Psychopathie annehmen, mit der der Unfall im Grunde genommen rein nichts zu tun hat, als daß er dasjenige zufällige Gelegenheitsmoment dargestellt hat, um die Psychose manifest zu machen und für die Topographie der Beschwerden gestaltend zu wirken. Wäre der Fall nach vorn erfolgt, so könnte vielleicht das Brustbein der Konzentrationspunkt der hysterischen Psychismen geworden sein. Hätte kein Unfall stattgefunden, dann wäre ein anderes Moment, vielleicht ein Schreck, oder gar ein großer Ärger oder Kummer, oder sonst irgend etwas die sogenannte Ursache gewesen!

Fall 12. 33jähriger Mann. Eisenbahnunfall. Quetschung am Sakrum. Sofort allgemeine Schmerzen, Schwindel, Verdunkelung der Augen. Mehr oder weniger starke Lähmung der Beine. Außerordentlich hochgradiges Stottern. Wirbelsäule steif. Haut sehr empfindlich, so daß er bei Berührung nach vorn stürzt, als ob glühendes Eisen ihn treffe. Daran schließen sich nun Muskelkontraktionen an. Ganz „eigentümlicher Gang". Gürtelgefühl. Erhält 4720 L = 94 400 M.!

Nachher (wann ist nicht angegeben, aber offenbar bald nachher) bedeutend gebessert. Empfindlichkeit sehr vermindert. Stammelt weniger. Gang viel besser. Geht aber am Stock. Immer noch sorgenvolles, ängstliches Aussehen. Die Beobachtung ist unter die Fälle der Rückenmarkserschütterungen eingereiht.

Heutige Diagnose: Ganz alltägliche Schreckhysterie. Statt Eisenbahnunglück hätte jede beliebige heftige Erregung der Affekte die gleiche Wirkung gehabt, ohne daß fast 100 000 M. zur Besserung nötig gewesen wären.

Fall 10. Arzt. Bei einem Eisenbahnunfall überworfen, nicht heftig. Nur sehr erschrocken und erschüttert und darauf unfähig zu arbeiten. Leibschmerzen. Puls 98—100. Jetzt seit 5½ Monaten ganz unfähig zum ärztlichen Beruf wegen körperlicher Schwäche, Reizbarkeit, besonders auf sensoriellem Gebiet. Klagen über das Rückgrat. Spinalirritation. Beweglichkeit der Wirbelsäule null. Parästhesien. Beine schwach, steif. Harndrang. Blähungen. Fehlende Potenz. Verdauung geschwächt.

Diagnose: Rückgratbeschädigung. Chronische Entzündung, erwiesen durch die Empfindlichkeit der Wirbelsäule, die schmerzhafte Empfindung bei Bewegungen und den gewöhnlich raschen Puls. Entschädigung mit 2500 L. = 50 000 M. Weiteres Schicksal nicht angegeben.

Heutige Diagnose: Schreckneurose hysterischer Färbung. Die Begründung der chronischen Entzündung der Wirbelsäule kommt uns heute lächerlich vor.

Fall 11. Eisenbahnunfall. Heftig hin und her geworfen. Äußerlich keine Verletzungen. Sehr erschrocken, beunruhigt. Setzte aber Reise fort. Bald aber unfähig zur Besorgung von Geschäften, die anfänglich noch möglich waren. Allmählich schlimmer. Viele Ärzte gerufen. Beruf mußte aufgegeben werden. Gewicht — 20 Pfund. Gealtert. Gehen mehr als ¼ Stunde unmöglich. Puls nicht unter 96. Verdauung schlecht, ebenso Gedächtnis. Mangelhaftes Konzentrationsvermögen. Buchstabiert falsch. Schreckliche Träume. Lautes Geräusch im Ohr. Kopf rot. Schmerzhaftes Flimmern. Ausdruck mürrisch. Wegen Lichtscheu stets Runzeln der Stirne. Riecht schlechte Gerüche. Parästhesien. Gehen sehr schwer. Auf dem linken Bein Stehen unmöglich. Wirbelsäule sehr empfindlich und steif gehalten. Umfallen beim Bücken.

Diagnose: Chronische Entzündung der Rückenmarkshäute und Strukturveränderungen im Rückenmark. Erhält 3500 L. = 70 000 M.

Heutige Diagnose: Gewöhnliche Hysterie. Schreckneurose.

Fall 6. Eisenbahnunfall. Ähnliche Symptome. Doch ist hier eine organische Beimischung nicht sicher ausgeschlossen, weil über die Natur der Taubheit des linken Ohres keine Untersuchung vorliegt.

Diagnose: Chronische Entzündung und Reizbarkeit des Rückenmarks und seiner Häute. Entschädigung 120 000 M.

Das also sind die Unfallsneurosen von Erichsen, das Wiegenkind der traumatischen Neurosen. Aus diesem Säugling ist aber mit der Zeit ein schrecklicher Drache geworden.

Von ganz besonderer Bedeutung für uns ist die Auseinandersetzung Erichsens mit der Hysterie. Er schreibt: „Ich sah öfters Verwechslungen mit Hysterie. Ein Mann, der im vorgeschrittenen Alter steht und sehr tätig ist, könne nicht plötzlich hysterisch werden wie ein liebeskrankes Mädchen (!). Solche Hysterien bei 45jährigen Männern seien bisher nicht beschrieben und in 25 Jahren im Spital von ihm nicht gesehen. In Wirklichkeit sei die Differentialdiagnose gegen Hysterie nicht schwer."

Ich kann nicht finden, daß die Beschreibung von Erichsen nach Symptomen und Verlauf eine mustergültige (Bruns) gewesen sei und aufs Haar noch auf viele der späteren und heute gemachten Beobachtungen paßt. Der englische Autor hat eben einfach Hysterien beschrieben, die natürlich auch heute genau gleich sind. Den prinzipiellen Unterschied in den heutigen Fällen auf dem Gebiet der Unfallsneurosen sehe ich in dem weit stärkeren Hervortreten der Begehrungsvorstellungen, in dem verbitterten, querulierenden Wesen, ein Grundzug, der im Bilde Erichsens fehlt. Es wäre aber nicht undenkbar, daß diese psychische Seite damals noch viel weniger beachtet und beschrieben worden ist.

Ganz selbstverständlich ist es uns heute nach vieljähriger Forschung leicht, Besseres zu leisten. Ich meine nur, daß in der älteren Literatur mindestens ebenso musterhafte Schilderungen von Hysterien oft anzutreffen sind. Das Neue war im Grunde eben doch nur das, daß man jetzt seit dem System der Entschädigungsansprüche solche Krankheitsbilder ursächlich auf einen Unfall zurückführte und zur Erklärung organischer Veränderungen heranzog. Auch dieses letztere Vorgehen erscheint verständlich, einmal aus der Vermischung dieser Krankheitsbilder mit reinen organischen, schwersten Verletzungen, die zum Tode führten, dann aber wäre es wohl nicht angegangen, mit der Diagnose Hysterie so hohe Entschädigungen zu fordern. Man hätte sogar auf Abweisung aller Ansprüche gefaßt sein müssen, und doch war selbstverständlich Erichsen und seine Zeit von der Schwere der Krankheit völlig überzeugt. Auch heute noch sieht man in zahlreichen Begutachtungsfällen den gleichen Werdegang der Erklärung. Zuerst vertritt der behandelnde Arzt die rein organische Natur und schwere Schädigung des Verletzten. Plötzlich nach Jahren kommt an Stelle der früheren eingehend motivierten Gutachten eine kleine Notiz: „N. N. ist eine Hysterika und ihren Klagen nicht großes Gewicht beizulegen." In meiner Publikation über einen ungeheilten Fall von traumatischer Neurose unter dem System der Rentenabfindung ist eine derartige, an sich sehr häufige Erfahrung wiedergegeben.

In einer späteren Publikation hat Erichsen psychische Faktoren bei der Entstehung des Leidens etwas stärker betont (mental shock), auch schon die Wichtigkeit der Entschädigungsfrage für die Entstehung und Dauer der Leiden hervorgehoben, ist aber der anatomischen Grund-

lage der Affektion treu geblieben. Seine Auffassung als chronische Meningomyelitiden des Rückenmarks und der basalen Hirnhäute hat lange Zeit völlige Gültigkeit behalten und ist auch in den Lehrbüchern von Erb, in Ziemßens Handbuch und in Leydens Rückenmarkskrankheiten weiter vertreten worden.

Von besonderer Wichtigkeit durch eine Reihe Mitteilungen eigener Beobachtungen war dann eine Studie von Rigler (1879), der als Eisenbahnarzt besonders reiche Gelegenheit zu Studien auf dem Gebiet der Unfallsneurosen hatte. Er steht aber im allgemeinen, wie die ganze Literatur seiner Zeit, auf dem Standpunkt, daß den Beschwerden Entzündung der Rückenmarkshäute und andere organische Veränderungen zugrunde liegen. Railway spine sei nicht bloß Erschütterung, sondern gleichzeitig Zerrung und Quetschung des Rückenmarks und seiner Häute. Als enorm wichtig wird angesehen und mit Fettdruck hervorgehoben, wenn der Beteiligte dem Punkt des Zusammenstoßes den Rücken zuwandte. In solchen Fällen wird dann das Anatomische überall überschätzt; Entzündung spielt eine große Rolle, besonders Entzündung der Rückenmarkshäute. Die Krankengeschichten sind nicht so eingehend, als daß organische und funktionelle Schädigungen klar erkannt werden könnten. Letztere werden wenig und erst gegen den Schluß der Arbeit etwas mehr berücksichtigt, indem Rigler die nervösen Zustände als Siderodromophie zusammenfaßt. Diese sei eine mit hysterischer Verstimmung verbundene Spinalirritation.

Diese Spinalirritation, jene früher so oft gestellte, heute völlig verpönte Diagnose, erklärt Rigler als durch den Chok und durch Disposition entstanden, da die Eisenbahner häufig durch den Beruf selbst nervös werden. Als die dabei von ihm beobachteten Symptome verzeichnet er Rückenschmerzen, Schwäche, Parästhesien, Anästhesien, gastrische und Harnstörungen, Kopfweh, Schwindel, Schlaflosigkeit, weinerliche Stimmung, fehlende Potenz, Wetterempfindlichkeit.

Im allgemeinen wird aber den rein neurotischen Störungen wenig Wert beigemessen, und der Autor ist mit der Annahme Simulation sehr rasch bereit. Vielfach sind seine Gründe dafür durchaus nicht überzeugend, von zwingend keine Rede. Ein Punkt aber erscheint immerhin von Wichtigkeit, der später von den Gegnern Riglers in der Simulationsfrage völlig unterdrückt wurde, daß nämlich über die meisten als Simulanten „entlarvten“ oder geständigen die Mitteilung gemacht ist, sie hätten nachher jahrelang den Dienst als Eisenbahner versehen. Da bei solchen Angestellten die Kontrolle der Arbeitsfähigkeit besonders leicht und sicher ist, so muß doch, selbst wenn man nun alle diese Simulanten als funktionelle Neurosen ansieht, die angenommene Neurose rasch dauernder voller Erwerbsfähigkeit gewichen sein, und das ist immerhin eine Tatsache von der allergrößten Wichtigkeit, die von den Gegnern Riglers nicht hätte einfach unterdrückt werden dürfen.

Von grundlegender Bedeutung wurden jetzt aber die Mitteilungen des Psychiaters Moeli, der an Hand von vier Beobachtungen nach Eisenbahnunfällen die psychische Natur der Beschwerden in aller Schärfe hervorhob und damit mit der bisherigen anatomischen Auffassung prinzipiell brach. Er hob die Monotonie des Vorstellungsinhaltes hervor und sah bei den Eisenbahnangestellten eine Prädisposition zu nervöser Erkrankung durch die Berufstätigkeit gegeben. Wichtig ist ferner die Her-

vorhebung erheblicher Besserung bei der Mehrzahl der Fälle und das Fehlen schwerer psychischer Störungen.

In den Jahren 1883 und 1884 wurde jetzt fast gleichzeitig von amerikanischen Autoren (Wilkes, Walton und Putnam) und Thomson und Oppenheim das häufige Vorkommen von Anästhesien auf sensiblem und sensoriellem Gebiete bei Unfallsneurosen nachgewiesen und damit die Lehre dieser Krankheiten „von Grund aus umgestaltet“, wie sich Oppenheim ausdrückt, ein Wort, in dem sich schon die ganze ungeheure Überschätzung der Wichtigkeit dieser Befunde offenbarte, namentlich nachdem doch vorher schon die organische Natur der Leiden aufgegeben worden war.

Es begannen jetzt jene lebhaften Erörterungen, hauptsächlich zwischen Charcot und Oppenheim, über die medizinische Einschätzung und Einreihung der traumatischen Neurosen. Charcot hatte bald die psychische Genese des Leidens klar durchschaut, stimmten doch so viele Züge ganz außerordentlich mit demjenigen Bilde überein, das er mit der ganzen Macht seiner Persönlichkeit von der Hysterie gezeichnet hatte und das längere Zeit das A und das O aller Neurologen gewesen ist. Er erklärt daher, daß in den Unfallsneurosen Hysterie, und zwar nichts als Hysterie zu sehen sei. Oppenheim dagegen sah in den Unfallsneurosen immerhin etwas wesentlich von Hysterie Verschiedenes und verwahrte sich ganz besonders dagegen, daß sie alle zur Hysterie gehörten.

Eine gerechte Schilderung der prinzipiellen theoretischen Auffassung Oppenheims über Unfallsneurosen um das Jahr 1890 herum ist nicht leicht zu geben, da in den Darstellungen dieses Autors schwer miteinander zu vereinende Widersprüche vorkommen. Er erklärt zwar, daß mit der Auffassung Hysteroneurasthenie, zu der sich später Charcot bekannte, und die ein gewisses Entgegenkommen gegen Oppenheim bedeutete, die „Meinungsdifferenzen im wesentlichen beseitigt sind“.

Das kann ich aber nicht ganz gelten lassen. Oppenheim hat sich von seiner früheren organischen Auffassung der traumatischen Neurose nie ganz freigemacht und vertritt sie, wenn auch in verschleierter Form, heute noch. Auch maß er 1892 der Erschütterung doch noch eine nicht unwesentliche Bedeutung bei, eine Bedeutung, die sie ganz sicher nicht hat. Die Übereinstimmung erschien zwar äußerlich erreicht und im wesentlichen durchaus auf dem Boden der Charcotschen Auffassung; innerlich bestanden aber doch noch prinzipielle Gegensätze, die nie zur Ruhe kamen und in dieser oder jener Form doch wieder sich hervordrängen und die Einigkeit über den Haufen werfen mußten.

Der Haupteinwand von Oppenheim gegen die Auffassung der traumatischen Neurose als reiner Hysterie hat damals darin bestanden, daß der psychische Zustand dieser Kranken sich durch den Grundzug einer andauernden, melancholischen Verstimmung von dem gewöhnlichen Bilde der hysterischen Psychose unterscheidet. Charcot hat aber dieses Moment als nicht genügend ausschlaggebend bezeichnet und darauf hingewiesen, daß gerade diese Form der psychischen Alteration der männlichen Hysterie eigen sei. Darin hat meines Erachtens Charcot vollkommen recht. Der innere Mediziner wird ihm darin nach den Befunden der Privatsprechstunde auch bei Unversicherten aus tausendfältiger Erfahrung beistimmen. Aber hier. bei den traumatischen

Neurosen, ist durch den Kampf ums Recht diese Stimmung der Leute erst ganz besonders geschaffen, also durch ein äußeres Moment, das stärkere Farben aufträgt. Ich darf hier vielleicht an einige Beispiele aus der Volkspsychologie (S. 46 ff.) erinnern, daß die psychische Reaktion weiter Volkskreise, ganz besonders bei wenig Gebildeten, beim Vorkommen verschiedener Auffassung zwischen zwei Parteien ganz gewöhnlich nach der Richtung der gehässigen Verstimmung und Verbitterung geht, und worauf ich besonders hinweisen möchte, sogar dann, wenn der Betreffende völlig im Unrecht ist. Jeder Arzt auf dem Lande weiß aus dem ständig unfreundlichen Gruß eines früheren Patienten z. B. den Schluß zu ziehen, daß er als behandelnder Arzt abgedankt und ein anderer Kollege zugezogen ist, gewöhnlich nur, weil die alte Rechnung noch nicht beglichen worden ist. Der Arzt nimmt es aber auch nicht tragisch, hat sich doch in spätestens einigen Jahren die Schuld beim anderen Kollegen so angehäuft, daß die Rückkehr des früheren Patienten sicher zu erwarten steht. Wenn nun aber schon unter normalen Verhältnissen psychische Reaktionen in dieser Richtung sich gestalten, wie wird dies erst der Fall sein bei Nervösen, und nun erst recht dann, wenn durch eine klare Rechtslage auf dem Boden der Versicherung Ansprüche mit Nachdruck erhoben werden können.

Daß jetzt die Stimmung sogar weit über das gewöhnliche Maß hinausgeht, mehr als „andauernd melancholisch“, sondern verbittert, gereizt, rechthaberisch und querulierend sich gestaltet, das ist kein Wunder, und damit ist nun rein praktisch ein auffälliger, nicht unwesentlich anderer, neuer Zug in das Bild der Neurose hineingekommen. Das ist das Neue und Besondere der eigentlichen Unfallsneurose; aber diese Beigabe ist rein äußerlich, durch das Recht auf Entschädigung und durch die Begehrungsvorstellungen bedingt.

Im Lichte der jetzigen Erfahrung ist das damalige Gegenargument von Oppenheim gegen Charcot nicht als ein berechtigter Einwand anzusehen, aber auch der Konzession Charcots: Hysterie plus Neurasthenie, kann ich gar nicht zustimmen, indem ich dem besonderen und neuen Zug den neurasthenischen Charakter nicht zusprechen kann. Hier handelt es sich aber, wie so oft auf diesem Gebiete, um verschiedene Definition der Begriffe, und dies ist einer der Hauptgründe, warum in manchen Fragen früher wie jetzt eine Einigung nicht erreicht werden kann. Es war durchaus begreiflich, daß Oppenheim sich weigerte, in der Mehrzahl seiner Fälle nur Hysterie zu sehen; denn es kamen ja neue ungewöhnliche Züge aus der normalen Breite psychologischer Reaktionen hinzu, und sein Empfinden, nicht alles in den sowieso schon fast am Überlaufen befindlichen Sammeltopf Hysterie hineinzupressen, war völlig richtig; aber dieses richtige Empfinden konnte damals noch nicht die richtigen Argumente finden.

Auf allen medizinischen Gebieten sehen wir gleiche Erscheinungen. Ich habe z. B. immer darauf aufmerksam gemacht, wie Virchow das richtige Empfinden von der vollen Selbständigkeit der Leukämie gehabt hat und ihr Entdecker geworden ist, daß aber alle seine Argumente irrige waren, zumeist deshalb, weil jene Zeit in morphologischen Fragen der Blutzellen mangels einer richtigen Technik die beweisenden Gründe noch nicht haben konnte. So muß es oft nicht als Vorwurf, sondern im Gegenteil als Beweis geistiger Größe angesehen werden, wenn Autoren bei an

sich richtiger Auffassung doch durch unrichtige Motivierungen gefehlt haben. Wir später Geborenen müssen uns das stets gegenwärtig halten.

Die Oppenheimsche Auffassung der traumatischen Neurose, wie sie in seiner Monographie 1889 und 1892 zum Ausdruck gekommen ist, hat nun viele Jahre lang den Sieg über alle anderen Auffassungen davongetragen und eine Herrschaft dargestellt, die in einzelnen Fragen schon Terrorismus genannt werden kann. Einen stärkeren Beweis für die allseitige Anerkennung des für die gesamte Neurologie überaus verdienten Forschers kann man sich eigentlich kaum denken. Es ist deshalb nötig, hier die wesentlichen Lehren der Monographie eingehend wiederzugeben. Wenn ich dabei mehr auf das Abweichende meiner Auffassung eingehe, so liegt das darin begründet, daß für den Fortschritt stets die Kritik der Fehler nötiger ist als die Anerkennung des allgemein Zugegebenen. In mancher Hinsicht sind sicherlich Oppenheim große Verdienste für den Ausbau der Lehre von den traumatischen Neurosen zuzusprechen.

Vor allem betont Oppenheim mit vollem Recht, daß die psychischen Anomalien die „hervorragendste Rolle“ spielen. In der Einzeldarstellung wird er freilich dieser Forderung selten gerecht. Gewiß werden Stimmungen, Befürchtungen, Mienen der Patienten und vieles andere dargestellt, aber all dies nimmt gegenüber den neurologischen Befunden doch nur einen sehr kleinen Teil ein. Die Darstellung ist eine neurologische und dies für eine Neurose, die eigentlich eine Psychose ist, und die deshalb von vornherein in der großen Mehrzahl der Fälle neurologische Befunde nicht erwarten läßt. Diese neurologischen Befunde beruhen nun so gut wie ausschließlich auf der Hysterielehre von Charcot, unter der Betonung der ungeheuren forensischen und gutachterlichen Bedeutung von Anästhesien, Hyperästhesien, Analgesien, konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes, Abstumpfung des Gehörs, Verstärkung von Sehnenreflexen, Abschwächung von Hautreflexen, vasomotorischen Störungen, fibrillärem Muskelwogen, Pupillendifferenz auf der kranken Seite, Befunde, die ich mit vielen anderen Autoren heute für enorm überschätzt, vielfach gänzlich bedeutungslos und manchmal durch die Untersuchung suggeriert ansehe.

Nebenbei ist Wert gelegt auf Änderung der Pulsfrequenz und auf Pulsunregelmäßigkeit, auf Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme, Befunde, die immerhin doch auch nur mit großer Vorsicht zu weitergehenden Schlüssen herangezogen werden können. Eigentlich hysterische Anfälle werden nur ausnahmsweise angegeben, Stottern kommt wiederholt vor; die wichtigen hysterischen Störungen der Motilität, die Abasieformen, das Zittern, die Kontrakturen werden eingehend berichtet.

Im allgemeinen werden viele solcher neurologischer Befunde in der Wertung sehr hoch eingeschätzt, und was vor allem heute nicht mehr anerkannt werden kann, sie werden als objektive Symptome bezeichnet, so die Gesichtsfeldeinschränkung, die Anästhesien, die Änderung der Hautreflexe, die Pupillendifferenz, das Muskelwogen, die Erhöhung der Sehnenreflexe, die vasomotorischen Störungen. So findet sich auf S. 213 z. B. der Satz: „Bei Schmerz in einer Extremität findet man nun gewöhnlich eine Anzahl objektiver Symptome: Zyanose, Atrophie (elektrisch nachweisbar), merkliche Gefühlsabnahme, Kontrakturen länger als solche willkürlich möglich sind. Weitere Pupille auf der gleichen Seite. Fibrilläres Muskelwogen, Zittern, erhöhte Sehnenreflexe.“ Gegen jeden

dieser Einzelbefunde und gegen ihre Gesamtheit lassen sich aber, wie wir später eingehend schildern werden, starke Gegengründe vorbringen.

Von der organischen Auffassung, die ja früher Oppenheim vertreten hatte, finden wir auch noch Relikte in der Monographie. So enthält das Vorwort zur ersten Auflage gleich an der Spitze die Angabe, daß hier Erkrankungen des Nervensystems besprochen werden, die nicht durch eine direkte Beschädigung, sondern auf dem Wege der Erschütterung im allgemeinen Sinn des Wortes entstanden sind, und ähnlich wird auf S. 1 von einer „Schädigung auf dem Wege der Erschütterung und des Reflexes" gesprochen. Auch nach der Hervorhebung der Bedeutung des psychischen Schrecks und der Erregung schließt (S. 122) die Besprechung mit dem Satze: „Daraus darf nun keineswegs gefolgert werden, daß der mechanische Insult belanglos sei." Und S. 9 wird darauf aufmerksam gemacht, daß „eine geringe Zahl von Fällen übrig bleibt, in denen neben den gewöhnlichen Zeichen der funktionellen Neurose Erscheinungen auftreten, die auf eine organische Erkrankung des Nervensystems hinweisen". Dabei handelt es sich hier wohlverstanden nicht um Kombinationen organischer Verletzungen mit superponierten Neurosen, sondern die organischen Erscheinungen müssen auf die Unfallsneurose selbst bezogen werden.

Offenbar hat Oppenheim hier seine Fälle mit reflektorischer Pupillenstarre (Fall 9) und Optikusatrophie (Fall 10) im Auge. Die Einordnung dieser Beobachtungen in seine Studie wäre sonst unverständlich. — In dieser Beziehung sind also noch nicht alle Brücken zu der früheren rein organischen Auffassung abgebrochen.

Wenn wir jetzt die Oppenheimsche Kasuistik durchgehen, so treffen wir fast ausnahmslos Hysterien, meist in völlig typischer Ausprägung. Ein als Neurasthenie gedeuteter Fall ist überhaupt nicht vorhanden, eigentliche Hypochondrie nicht vertreten, höchstens ließe sich in letzterem Sinne die Beobachtung 37 verwerten; da es sich hier aber um eine Kommotionsneurose mit Schädelbruch handelt, so sind die zahlreichen Klagen durch organische Verhältnisse sicher genug erklärt und nicht auffällig. Eine gewisse Sonderstellung nimmt Fall 28 als Hysterie ein, die sich an eine schmerzhafte Narbe mit all ihren Schädigungen anschließt (wir kennen heute aber besonders gut diese langdauernden schmerzhaften Neuritiden), und endlich die Reflexhysterie 33, ebenfalls mit einer Narbe, die zu einer „epileptogenen Zone" geworden ist. Die große Mehrzahl der Beobachtungen betrifft also ganz gewöhnliche Hysteriebilder. Schwerer erscheinen einzelne nur deshalb, weil manche organische Erkrankungen ganz anderer Genese nicht mit der nötigen Schärfe und Bestimmtheit als nicht auf Unfallsneurose genetisch zurückführbar abgesondert sind. Hierher gehören die „Kommotionsneurosen" 25 (+ Mitralstenose [!], Verf.), 37, Schädelbruch 39, Commotio 15 (Jackson!), Paralysis agitans 41, die Fälle 9 und 10 mit reflektorischer Pupillenstarre und Optikusatrophie, die epileptischen Erkrankungen 7 und gar 17 mit fortschreitender Demenz, die Herzinsuffizienz und Atherosklerose 7 und 24, endlich die Psychosen 12 (?), 14 (?), Paranoia 23, 33, halluzinatorische Paranoia 42. Freilich gebe ich gerne zu, daß manche dieser Fragen, besonders diejenige über Psychosen, damals kaum als angeschnitten, geschweige denn schon als gelöst angesehen werden konnte. Diese Fälle machen aber — und dies erscheint

mir als eine außerordentlich wichtige Feststellung — zum weitaus größten Teil das schwere Bild der Oppenheimschen Kasuistik, sonst hätte die ganze Schilderung viel von ihren Schrecken eingebüßt. Ich halte es aber für außerhalb jeder Diskussion feststehend, daß für alle theoretischen Fragen über reine Unfallsneurosen diese Fälle ausgeschaltet werden müssen. Dies kann ich freilich erst später eingehend begründen.

Die weit zahlreicheren reinen Beobachtungen von traumatischer Neurose, die dann übrig bleiben, werden in ihrer Bedeutung und, wie die Begutachtungen zeigen, vor allem in der Beschränkung der Erwerbsfähigkeit jetzt sehr schwer eingeschätzt. Die Gespenster Psychose und Suizid werden schwarz an die Wand gemalt (siehe S. 187: „Zu allen Zeiten sind diese Kranken besonders von einer Gefahr bedroht: es kann sich auf dem Boden der traumatischen Neurose ... eine schwere Psychose entwickeln"); Suizid kann vorkommen, weil nicht Vollrente gegeben worden ist, und vor allem wird die Simulation als sehr selten, eigentlich für das Bild der traumatischen Neurosen in keinem einzigen Falle der ganzen Weltliteratur erwiesen hingestellt und mit dem Gegner dieser Anschauung schwer zu Gericht gesessen. Nur ein einziges Mal und nur für ein Symptom, das Rombergsche, wird die Möglichkeit, daß es auch simuliert werden könnte, kurz gestreift. Selbst in bezug auf die Annahme Übertreibung gibt Oppenheim an, sei er immer zurückhaltender geworden!

Die Simulationsfrage werde ich im folgenden Abschnitt gleich eingehender behandeln.

So ist denn tatsächlich von den Unfallsneurosen ein außerordentlich schwarzes Bild gemalt worden. Der nicht längst in diesen Fragen Bewanderte und festen Boden unter sich Fühlende muß einfach der stärksten Beeinflussung unterliegen, die ihm hier Seite auf Seite eingehämmert wird. Freilich wird die Prognose nicht als absolut ungünstig hingestellt. Gewisse Besserung wird zugegeben, für leichte Erkrankungen, in denen die Psyche nicht wesentlich in Mitleidenschaft gezogen ist, sogar völlige Heilung als möglich erklärt (S. 188). Doch bekennen die folgenden Sätze die Grundauffassung des Autors: Hat eine solche Neurose aber einmal 1—2 Jahre lang bestanden und keine Tendenz zur Besserung gezeigt, ist sie sogar gradatim fortgeschritten (S. 220), so muß volle Erwerbsunfähigkeit angenommen werden. Endlich schreibt Oppenheim, nach seiner Erfahrung sei die Zahl derjenigen weit größer (S. 188), bei denen auch nach Beendigung des Rechtsstreites das Leiden unverändert seinen Fortgang nimmt.

Wenn wir aber bedenken, daß bei dem System der Möglichkeit steter Berufung gegen gerichtliche Entscheide nach 1—2 Jahren selten die Entschädigungsklage reguliert ist (weder in Deutschland noch in der Schweiz, vgl. den glücklicherweise die Ausnahme bildenden Fall, in dem nach 8 Jahren noch nicht der letzte gültige Gerichtsentscheid vorliegt), und dabei die Leute selbstverständlich auch nicht ein einziges Mal eine Besserung zugeben, sondern nur über Verschlimmerungen klagen, so mußte man nach diesem Rezept ohne weiteres alle eigentlichen traumatischen Neurosen als unheilbar ansehen.

Diese düstere, hoffnungslose Beurteilung der Unfallsneurosen hat nun nach dieser Schilderung Oppenheims viele Jahre fast uneingeschränkt in voller Herrschaft gestanden. Zwar hat es keineswegs an Opposition gefehlt. Vor allem haben Schultze und Strümpell

viele Einwände erhoben, und namentlich der letztere hat auf die große Wichtigkeit der Begehrungsvorstellungen hingewiesen und seine frühere, der Oppenheimschen sehr ähnliche Auffassung zurückgenommen. Auch Windscheid ist mehr und mehr für die große Bedeutung der einfachen Begehrungen vieler sogenannter Neurotiker eingetreten. Aber alle Gegnerschaft konnte doch höchstens den Wert einzelner Symptome herabsetzen, das Vorkommen der Übertreibung auch als häufiger hinstellen, für einzelne Fälle eine nicht so ungünstige Prognose annehmen, aber die Grundfesten der ganzen Lehre nicht erschüttern, finden wir doch in dem von Kraus geschriebenen Teil des Meringschen Buches noch 1908 auf S. 951 den klassischen Satz[1]): „Vollständige Heilung ist ziemlich selten. Am besten ist noch die Prognose bei (reiner) Hysterie nach Trauma; hypochondrische Elemente, besonders aber Psychosen, verschlechtern die Vorhersage."

Erst mit dem Nachweis, daß die durch Kapitalabfindung erledigten Unfallsneurosen ganz regelmäßig nach kürzester Zeit wieder voll erwerbsfähig sind und jahraus jahrein nachher ihren vollen Lohn beziehen, nie einen Arzt mehr rufen oder in Behandlung stehen, ist das ganze frühere, kunstvoll aufgebaute Gebäude zusammengebrochen, und hat sich als eine der größten Irrungen der medizinischen Wissenschaft herausgestellt.

Wenn ich nun zunächst eine kurze Übersicht darüber geben soll, warum die traumatischen Neurosen in ihrer Schwere so außerordentlich überschätzt worden sind auf Grund der Oppenheimschen Auffassung, so sind diese Gründe, die zum Teil bis heute noch geltend sind, die folgenden:

1. Die unberechtigte Vermengung organischer Erkrankungen mit Neurosen nach Unfällen, besonders mit schweren organischen Kommotionsneurosen (hier, wenn auch sehr selten, gelegentlich Psychose und Suizid), mit anderen organischen Affektionen wie Neuritiden, schwerer Atherosklerose und Herzinsuffizienz, deren Entwicklung nach Unfall mindestens fraglich bleibt und neu und mit viel größerer Sorgfalt und Kritik studiert werden muß. Die heute völlig verlassene Hineinziehung noch anderer organischer Erkrankungen, wie die Fälle von Pupillenstarre und Sehnervenatrophie.

2. Die gewaltige Überschätzung kleiner und zweifelhafter neurologischer Befunde; wie Sensibilitätsstörung, Gesichtsfeldeinschränkung, Pulsunregelmäßigkeiten, Akrozyanose, Erweiterung der Pupille auf der Seite des Schmerzes.

Hier handelt es sich darum, daß der Charcotsche Hysteriebegriff mit seinen zahlreichen, dem Patienten vom Arzte suggerierten Zügen auf das Bild der Unfallsneurosen angewendet wurde, daß ferner die schon im Normalleben außerordentlich häufigen Abnormitäten des viszeralen Nervensystems noch nicht durchschaut waren, wie das Auftreten mancher Form von schnellem oder langsamem Puls, von Arythmien, von Akrozyanosen, von Harndrang, Globus, asthmoiden Zuständen usw.

3. Die ungenügende psychologische Betrachtungsweise der Unfallsneurosen im Gegensatze zur neurologischen. Es war nicht genügend auf die Psychologie der Volksvorstellungen und der Volksbegriffe eingegangen worden. Man hatte noch keine Parallelen zu den traumatischen Neurosen gefunden, wie wir das heute bei der Kranken-,

[1]) Der auch in der neuesten (8.) Auflage 1913 unverändert geblieben ist.

Invaliditäts- und Militärversicherung kennen; man hatte den enorm suggestiven Einfluß der Gesetzgebung nicht durchschaut, die für die Entwicklung von Begehrungsvorstellungen außerordentlich günstig wurde. Es war auch all das psychisch schwer Schädigende noch nicht erkannt worden, das durch die langsame Rechtsprechung mit den zahlreichen Instanzen und der Möglichkeit endloser Berufungen notwendig in Erscheinung treten mußte. Insbesondere waren dann ferner auch alle die psychisch ungünstigen Folgen des Kassenwesens mit seinen Kassenärzten und den Kassenbeamten im Gegensatz zu dem früheren Vertrauensverhältnis zum Hausarzt noch nicht erfaßt (Vernichtung des Vertrauensverhältnisses, ungenügende Untersuchung und geschäftsmäßige Behandlung durch den mit Arbeit überladenen Kassenarzt unter stärkster Zurücksetzung jeder Psychotherapie und Einstellung auf die Behandlung organischer Erkrankungen).

4. Unterlassen von genügenden Nachforschungen über die Endschicksale der Erkrankten bei Unfallsneurosen und die Unmöglichkeit, reine Endresultate unter dem System der Rentenabfindung zu bekommen.

5. Die doch allzu naive Verkennung der ungeheuren Bedeutung der Begehrungsvorstellungen und deren Entwicklung zu Übertreibung und Simulation, deren Vorkommen außerordentlich unterschätzt wurde.

6. Die gewaltige autoritative Einwirkung der Darstellungen über Unfallsneurosen von Oppenheim und Möbius auf alle Ärzte und Gerichte mit den hohen Taxationen über Erwerbsunmöglichkeit, geringer Aussicht auf spätere Heilung, großer Gefahr des Übergangs in Psychosen zu jeder Zeit des Krankheitsverlaufs, mit der Gefahr des Selbstmordes bei zu niedriger Entschädigung, mit der nahezu völligen Bestreitung des Vorkommens von Übertreibung und Simulation, die um so häufiger diagnostiziert würden, als die Ärzte von den Neurosen nichts verstehen, endlich mit der leidenschaftlichen Bekämpfung gegenteiliger Ansichten und Gutachten.

Diese autoritative Einwirkung mußte um so schwerer zur Geltung kommen, als sie von Autoren ausging, die in der Tat auf dem Gebiete der Neurologie zu den ersten Autoritäten zählten, und der Einfluß mußte um so gewaltiger sein, als der Vorwurf ungenügender Kenntnis der Neurosen für die große Zahl der Ärzte leider nur zu berechtigt war.

Kapitel X.

Die völlige Wandlung unserer Auffassungen über Unfallsneurosen seit 1892 bis heute.

Die in den Oppenheimschen Monographien geäußerten Anschauungen über das Wesen und die Entstehung, über die Wichtigkeit und Objektivität der Symptome, über die Häufigkeit von Simulation und Aggravation, über Verlauf und Prognose, die zu Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts in voller Herrschaft bestanden hatten, sind im Laufe der folgenden Jahre allmählich sämtlich entwertet und völlig verändert worden. Ich werde das hier in einer Reihe von Abschnitten über die wichtigsten Einzelpunkte zeigen.

1. Die organische Affektion aufgegeben.

Die Auffassung als organische Affektion durch das Trauma selbst mußte angesichts völlig gleicher Erkrankungen ohne jeden Unfall (siehe Parallelenabschnitt S. 32) zuerst verlassen werden. Insbesondere war es Strümpell, der 1895 seine noch 1889 geäußerte Meinung über die organische Grundlage aufgab und jetzt das Dominieren des Psychischen in der Entstehung mit aller Entschiedenheit betonte. Ihm schloß sich dann, durch die immer stärkere Betonung des Einflusses der Begehrungsvorstellungen, des Rentenkampfes und der Ausnützung der sozialen Gesetzgebung sehr rasch die große Mehrzahl aller Autoren an, so daß z. B. Gnauck 1898 schreiben konnte: außer Oppenheim treten alle für die Wichtigkeit der Begehrungsvorstellungen ein, nur Oppenheim selbst noch hält das Organische für die Hauptsache, man unterschätze das Trauma, dieses stehe und bleibe aber im Mittelpunkt.

Schon 1890 hatte Page die anatomischen Ursachen für „weit überschätzt“ erklärt. Zwar suchten histologische Untersuchungen am Gehirn von Leuten, die einige Zeit nach Schädeltrauma gestorben waren, ein gewisses Verständnis für die Möglichkeit feinerer Veränderungen nach Trauma zu schaffen, aber es handelte sich dabei, wie in den Arbeiten von Friedmann, Dinkler, Sperling und Kronthal, um ganz besonders schwere, zum Teil mit Demenz verlaufende Erkrankungen, die nun entschieden kein Licht auf eine irgendwie beschaffene Grundlage einer „Neurose“ hätten geben können. Außerdem war vielfach die Wirkung einer vom Unfall unbeeinflußten Atherosklerose oder Syphilis (Wagner) durchaus nicht ausgeschlossen. Auch die experimentellen Forschungen von Schmorl und Rosenfeld, so interessant sie an sich waren, entsprachen eben mit ihren Blutungen und Nekrosen nach längerer Verhämmerung des Kopfes bei Tieren schon nach ihren Voraussetzungen nicht der Entstehung der Unfallsneurosen im engeren Sinne, sondern nur den „Kommotionsneurosen“. Wenn Friedmann früher gar für eine organische Auffassung der funktionellen Neurosen eingetreten ist, mit der Begründung, da die psychogenetische Auffassung keinen Nutzen bringe, so beleuchtet eine solche Äußerung grell den weiten Abstand der Ansichten von einst und heute.

Es gab immerhin auch nach 1900 noch ganz vereinzelte Autoren, die an den Unfallsneurosen als organischen Affektionen festhielten, so Goldscheider (1902), Brissaud (Rom, 1909), der gar den schrecklichen Namen Sinistrose für solche organische Leiden einführen wollte, ebenso der Belgier Poëls, der Ehrenpräsident dieses Kongresses, der die traumatische Neurose als besondere Läsion des Nervensystems noch unbekannter Art, aber nicht als Neurose und nicht als Hysterie erklärt hat. Das sind aber gegenüber der enormen Mehrzahl aller über traumatische Neurosen arbeitenden Autoren vereinzelte Nachzügler einer aufgegebenen Auffassung. Oppenheim selbst, der seine ursprüngliche Ansicht nie ganz verlassen hatte, suchte in seinen Kriegsneurosen (1915) eine materielle Grundlage neuerdings zu vertreten, indem er besonders annahm, daß auf dem Wege starker sensorieller Reize (Gehör und Gesicht) feinste Veränderungen im Nervensystem entstehen könnten, ebenso wie auf reflektorischem Wege. So sollte besonders die hysterische

Lähmung in Reflexlähmung, z. B. als „traumatische Neurose des linken Armes“, umgedeutet werden. So wurden die alten Lehren von der Akinesia amnestica und der Reflexlähmung wieder aufgewärmt, Auffassungen, die aber, so gut wie allgemein aufs entschiedenste zurückgewiesen werden (vgl. Lewandowsky, Bonhöffer, Naegeli 1916, Schuster, Schultze, und viele Redner auf der Neurologenversammlung in Baden-Baden 1916) und heute bereits so erledigt sind, daß ich keine Veranlassung habe, darauf weiter einzugehen. Jetzt hat sich auch die Neurologenversammlung in München 1916 in erdrückender Mehrheit und durch die berufensten Autoren (Nonne, Gaupp als Referenten) für die psychogene Genese ausgesprochen.

2. Die Prädisposition anerkannt.

Die Bedeutung der Prädisposition für die Entstehung von Unfallsneurosen hat im Gegensatz zu früherer Meinung heute allgemeine Anerkennung gefunden. Solange man freilich auf dem Boden organischer materieller Grundlage stand, erschien die Einwirkung einer Prädisposition völlig überflüssig. So sehen wir denn noch anfangs der neunziger Jahre die Einschätzung der Disposition als sehr gering bewertet.

Oppenheim (1892) hatte eine nervöse Disposition als Seltenheit erklärt, weil in der Mehrzahl der Fälle die Leute vorher völlig gesund, arbeitsfähig und in neuropathischer Beziehung nicht belastet gewesen seien. Einzig das wird zugegeben, daß bei schon vorher vorhandener nervöser Erkrankung oder Belastung schon kleine Unfälle schwere Unfallsneurosen und Psychosen erzeugen können. Auch bei Intoxikation mit Alkohol oder Blei wird eine Prädisposition für nervöse Erkrankung so weit zugegeben, daß unter solchen Umständen das Trauma von tiefergreifender Wirkung sei.

In einem starken Gegensatz zu der Gesamtauffassung Oppenheims steht aber die von ihm 1887 geäußerte Ansicht, daß es sich meist um hereditäre Disposition handle, wenn bei fehlenden Rechtsansprüchen Unfallsneurosen entstehen. Sollte nun wirklich bei den Unfällen der Haftpflicht und Versicherung keine Disposition vorhanden sein? Das hätte doch stutzig machen müssen.

Auch Möbius und Strümpell hatten auf eine Disposition keinen größeren Wert gelegt, Doellken in gleicher Weise eine Anlage als selten bezeichnet und besonders die Bedeutung des Alkohols als nicht sehr weitgehend erklärt, weil Offiziere und Studenten trotz kräftiger Zusprache gegenüber alkoholischen Getränken auch bei Verletzungen von Unfallsneurosen frei bleiben. Je entschiedener in neuerer Zeit der überragende Einfluß des Rentenkampfes betont wird, um so mehr wird jetzt auch in letzter Zeit, wie von Windscheid, jede frühere Disposition wieder bestritten oder gering eingeschätzt.

Meines Erachtens muß aber bei vorurteilsloser Prüfung die Bedeutung der Disposition als erheblich erklärt werden. Für die Unfallshysterie und Schreckneurose ist vielfach der Unfall nichts und die Disposition oft geradezu alles, wie ich bereits ausgeführt habe, und zwar so sehr, daß es wirklich als ein schweres Unrecht erklärt werden muß, wenn auf Grund der Haftpflicht ein Arbeitgeber nun große Summen zahlen muß, und dadurch gar nicht selten unter Umständen selbst in Not und Elend kommt.

Allmählich sehen dies auch die Juristen ein. Auch einzelne Gerichte haben, freilich nicht gegenüber reichen Privatversicherungen, sondern nur, wenn Staat oder Gemeinde hätten zahlen sollen, den Unfall als belanglos und als nicht entschädigungspflichtig erklärt und alles auf die frühere Anlage zurückgeführt. Es entsteht allmählich aber die Einsicht, daß auch der Haftpflichtige geschützt werden müsse, und es verlangen die Gerichte, daß das Trauma denn doch nicht ganz unbedeutend sei. Während so für die Schreckhysterien bei kurzdauerndem Ereignis und für die sofort nach Unfall auftretenden hysterischen Lähmungen die Disposition die Dominante darstellt, so muß doch auch für die eigentlichen Unfalls- und Begehrungsneurosen ein starker Wert auf die frühere Anlage gelegt werden.

Vielfach beobachtet und stark betont ist der Einfluß der geistigen Minderwertigkeit (Schuster, Haag, Klar, Fürstner, Gaupp, Heynold, Mönckemöller, Kraepelin, Nonne, Reichhardt, Feilchenfeld, Weber u. v. a.). Sachs hat sogar, freilich meines Erachtens in maßloser Übertreibung, die traumatische Neurose als die Reaktion des Degenerierten auf einen entschädigungspflichtigen Unfall erklärt, und Zingerle hat dem zugestimmt.

Die Wichtigkeit erheblicher Belastung ist von Sänger, Wichmann, Rumpf, Laehr, Murri, Morselli, Reichhardt und zahlreichen anderen betont. Cramer sagt: „Nicht wenige sind schon vorher nervös"; ähnlich Fürstner, Nonne, Freund und Sachs. Sänger macht besonders aufmerksam auf die Eisenbahner, die schon durch den Beruf nervös werden. Biondi und Page halten die Überarbeiteten für besonders disponiert. Honigmann macht die zunehmende Nervosität unserer Zeit verantwortlich.

Zuallererst hat wohl Löwenfeld (1889) die große Rolle der Disposition, und zwar der angeborenen und der erworbenen, stark hervorgehoben und Alb. Hoffmann (1891) dann eingehend dasselbe ausgeführt und besonders Alkoholismus und Epilepsie beschuldigt. Auch Page (1890) hat schon klare Einsicht in diese Verhältnisse verraten.

Neuerdings (1915) hat Kraepelin auch eindringlich die Disposition als sehr wichtig bezeichnet.

Sobald man auf dem Boden der Auffassung einer funktionellen Neurose steht, kann es auch von vornherein gar nicht anders sein, als daß der Disposition eine starke Rolle zugeschrieben werden muß. Die Erfahrung belehrt auch, daß bei geistig Beschränkten eigentliche Begehrungsneurosen oft besonders hartnäckig verlaufen und daß unter den schweren Unfallssimulanten geistig hochgradig Minderwertige, ja kriminelle Elemente, geradezu vorherrschen, so daß eine oft schwer zu entwirrende Mischung von ethischem Defekt, Krankheit und Simulation zustande kommt. Ich weise besonders auf Krankengeschichten von Haag („Der Teufel von Moosach"), Mönckemöller, Klar, hin.

Auch über die so ungünstige Rolle der Atherosklerose bei funktionellen Unfällen in späteren Lebensjahren herrscht heute kein Zweifel, und sind hier weitere Ausführungen unnötig.

Die Rolle des Alkohols ist verschieden eingeschätzt worden. Wir haben bereits die ablehnende Ansicht von Doellken gehört. Dagegen haben Alb. Hoffmann, Freund und Sachs, Morselli, Sänger, Schuster und vor allem Kraepelin die Bedeutung

dieses Momentes stark hervorgehoben. Wahrscheinlich könnte man über die Wichtigkeit des Alkohols sich noch viel bestimmter ausdrücken, wenn nicht stets bei fast allen Unfallkranken nicht nur früherer Alkoholmißbrauch, sondern auch jede frühere Erkrankung und namentlich jeder frühere Unfall (selbst wenn er, wie in der Schweiz, mit Totalinvalidität entschädigt worden war) frech geleugnet würde.

Rassenunterschiede sind nur selten angeschuldigt worden. Blind glaubt solche für Italiener (39 % nach Unfall, Einheimische im gleichen Betrieb nur 6 %) gefunden zu haben. Damit steht in Widerspruch das Fehlen unheilbarer Neurosen nach dem Erdbeben von Messina und Kalabrien.

Yakris erklärt die Griechen für sehr suggestibel und den Neurosen zugänglich, aber Unfallsneurosen sollen doch fehlen, weil die Gesetzgebung nicht die nötige Geldbasis schafft.

Freund und Sachs wollen besonders bei Polen schwerere Unfallsneurosen gesehen haben.

Sexuelle Exzesse schuldigt Page als viel wichtiger denn Alkoholismus an, und selbstverständlich gibt es Anhänger der Psychanalyse, die sogar die Unfallsneurosen in ihren letzten Wurzeln auf sexuelle Traumen des frühesten Kindesalters zurückführen wollten, obwohl gerade die Unfalls- und Begehrungsneurosen absolut unvereinbar mit Freudschen Lehren sind, und gerade die Besessenheit gewisser Freudianer an den Pranger stellen.

So sehr ich beispielsweise mit Kraepelin die Bedeutung endogener und exogener Disposition nicht gering einschätze, „so klar" ist es aber anderseits, um gleichfalls mit Kraepelin zu sprechen, „daß die Unfallsgesetzgebung durch zahlreiche Untersuchungen und durch Begehrungsvorstellungen die wesentlichste Wirkung bei den Unfallsneurosen ausübt".

3. Der Einfluß der Begehrungsvorstellungen und der Unfallgesetzgebung wirken entscheidend.

Der Einfluß der Begehrungsvorstellungen und der Unfallgesetzgebung.

Gegenüber dem eben zitierten Satze Kraepelins wird es heute jedem auffallen, wie überaus gering die Wirkung menschlicher Begehrlichkeit bei so günstiger Gelegenheit des Gelderwerbs unter der Herrschaft der Oppenheimschen und Möbiusschen Arbeiten eine Zeitlang eingeschätzt worden ist, und wie man sogar von der Annahme von Übertreibung immer mehr zurückgekommen war (Oppenheim 1892, S. 215). Strümpell (1895) hat auch hier unseren Augen den Star gestochen, und die von ihm betonten Begehrungsvorstellungen sind heute als die stärkste Triebkraft für die Entstehung der Schwere und Unheilbarkeit der Unfallsneurosen anerkannt. Zwar hatte Oppenheim anfangs Opposition erhoben und geschrieben, er könne sich nicht vorstellen, wie Begehrungsvorstellungen umschriebene Lähmungen und Anästhesien erzeugen, zudem noch in Abhängigkeit vom Ort des Traumas! Bei der von uns vertretenen Psychogenese erscheint uns aber diese Vorstellung als selbstverständlich. Wir müssen vielmehr über diesen Satz Oppenheims unser Erstaunen ausdrücken, weil er so nackt und klar die mechanische und nicht psychische Auffassung des Autors verrät.

Der Einfluß menschlicher Schwäche für Bereicherung war zwar auch schon früher, besonders den englischen Autoren (Page, Erichsen), aufgefallen, aber gewisse Neurologen hatten diesen Leuten nicht genügendes Verständnis für Nervenkrankheiten vorgeworfen, und tatsächlich nicht ohne Grund. Auch Alb. Hoffmann hatte 1891 bereits die Prädisposition durch das Unfallsgesetz ausdrücklich betont, und Wernicke 1893 die menschliche Geldgier als wichtige Ursache genannt.

Nach der aufsehenerregenden Arbeit von Strümpell aber hat dann rasch und ganz allgemein die Auffassung gesiegt, daß Begehrungen auf dem Boden der sozialen Gesetzgebung mindestens die Ausheilung der Neurose verhindern und den ganzen, von Gaupp 1906 so treffend als „trostlos“ bezeichneten heutigen Zustand künstlich verursachen.

Die Aussprüche in dieser Beziehung sind so zahllos, daß ich nur einiges wiedergeben kann. Schuster: „Immer schärfer tritt die Wirkung der Unfallgesetze hervor.“ Gaupp: „Die ungünstigen Verhältnisse sind Folgen des Gesetzes und seiner Ausführung.“ Cramer: „Jeder sucht herauszuschlagen, was er eben kann.“ Hoche: „Die Krankheit ist, darüber besteht kein Zweifel, durch das Gesetz geschaffen.“ Hellpach: „Die Rentenbegehren dominieren. Neurosenbefunde trifft man bei allen Rentenansprüchen. Die Rentensucht ist weniger in den Akten als in der Wirklichkeit.“ Friedmann (1910): „Die traumatische Neurose ist ein Kunstprodukt, die Reaktion auf die Unfallgesetzgebung.“ Sachs: „Nur entschädigungspflichtiger Unfall macht traumatische Neurose. Rentenhysterie ist die verbreitetste Auffassung, und damit ist das Wesen gut getroffen.“ Kraepelin: „Die Zunahme der traumatischen Neurosen seit der Unfallgesetzgebung ist eine klare Wirkung der Unfallgesetze. Die Aussicht auf Entschädigung ist die eigentliche Quelle der psychischen Störung bei traumatischen Neurosen.“ Nonne: „Die traumatische Neurose wird durch das Recht auf Rente unterhalten.“ (Vgl. auch meine eigenen Ausführungen 1910 und 1913.)

Noch stärker kommt die Ansicht zum Durchbruch bei jenen Autoren, die freilich nach meiner Meinung in Übertreibung direkt von Unfallgesetzneurose sprechen, wie Windscheid, Thiem, Morselli, Kaufmann, Pochon, und von Nichtmedizinern das Mitglied des Reichsversicherungsamtes, Justizrat Wandel.

Unter dem Einfluß der überzeugenden Kraft dieser Auffassung hat denn auch bereits seit 1902 das Reichsgericht jede Entschädigungspflicht abgelehnt für eigentliche Rentenkampfneurosen und diese Auffassung durch wiederholte Entscheide bekräftigt.

An einer kleinen Opposition gegenüber diesen Auffassungen von der dominierenden Wichtigkeit der Begehrungsneurosen hat es nie ganz gefehlt. Sehr vieles für die Begründung der Richtigkeit dieser Anschauungen habe ich eben bereits wiedergegeben, ebenso vieles zur Widerlegung dieser Opposition.

Einiger Einwände möchte ich hier noch gedenken. Biß spricht sich gegen die Bedeutung der Begehrungsvorstellungen aus wegen der kleinen Zahl der Unfallsneurosen. Seine eigenen Angaben sind aber einmal schon rein statistisch sehr angreifbar (siehe Bernhard), und über die wahre Zahl der Begehrungsneurosen weiß niemand etwas, weil sie in der Mehrzahl der Fälle unter ganz anderer Flagge segeln.

Wimmer (1913) glaubt auch, daß die Begehren nicht so wichtig seien, weil doch nur eine kleine Zahl von den Verletzten an Neurosen erkranken. Er ist aber ein außerordentlich milder Begutachter, wagt selbst bei den krassesten Simulationsfällen (Diagnose völlige Demenz, aber 4 Wochen später flott geschriebener Brief!) nicht, sein Gutachten auf Simulation abzugeben. Solche Beurteiler sehen und entdecken Begehrungen natürlich nicht. Andere (W. Ewald, Steyerthal, Knotz) ziehen die Neurosen nach nicht entschädigungspflichtigen Unfällen als Gegenargument heran. Dies geschieht sicherlich zu Unrecht. Ich habe alles Nötige früher S. 25 gesagt.

Gegen die Begehrungsvorstellungen wird auch öfters (z. B. von Böhnig) das sofortige Auftreten von ausgesprochenen Neurosen nach Unfällen erwähnt. In der Tat ist hier die Prädisposition fast immer die Hauptsache. Aber an der Festhaltung der Erscheinungen sind die Begehren schuld.

Th. Becker (siehe S. 45) schätzt die Begehren auch nicht so hoch ein. Den Grund, warum das in seinen Fällen tatsächlich richtig ist, hat er selbst gegeben. Die Leute fürchteten die viel besser bezahlte Anstellung zu verlieren und wollten dafür nicht die kleine Militärrente eintauschen.

Honigmann: Die Begehrungsvorstellungen sind überschätzt, denn viele arbeiten mit kleiner Rente nichts, also können sie es nicht. Demgegenüber ist öfters gezeigt worden, daß solche Leute ihre Angehörigen für sich arbeiten lassen, und die Familie sich nun im ganzen doch besser stellt als früher, z. B. besorgt jetzt der Mann die Haushaltung und die Frau geht in ein Geschäft. Auch ist sehr zu betonen, mit welcher Zähigkeit in einfachen Verhältnissen an einer kleinen Rente festgehalten wird, weil das bare Geld so hoch eingeschätzt wird. Ganz naiv ist natürlich die Auffassung, keine Begehrungen, denn der Mann ist mit seiner Rente zufrieden, oder, wie bei Schultz, seit 17 Jahren Vollrente, also fehlen Begehrungsvorstellungen! Recht lehrreich sind auch jene Voraussagungen, was geschehen müßte, um die Zahl der Begehrungsneurosen noch zu steigern.

Bramwell hatte berichtet, daß bei den Kohlenarbeitern zurzeit noch keine traumatischen Neurosen vorkommen. Er wage aber die Voraussage, sie werden kommen, sobald die Versicherung da sei. Charakteristisch für die frühere Auffassung mancher Neurologen ist die Bemerkung, die Bruns dazu gibt: „Die Kohlenarbeiter Bramwells hatten die traumatische Neurose schon, sagten aber nichts, weil es ihnen nichts nützte!!“

Rümelin von der juristischen Fakultät Tübingen schreibt: „Die Prozesse würden wie Pilze aus der Erde schießen, die Fälle der Rentenhysterie würden sich noch erheblich vermehren, wenn einmal die staatliche Ersatzpflicht als Haftung im klinischen Betrieb anerkannt würde.“

4. Simulation als häufig erkannt.

Im Gegensatz zu der Auffassung anfangs der neunziger Jahre sind wir heute von dem häufigen Vorkommen der Simulation und der ungeheuren Bedeutung der Aggravation vollständig überzeugt. Ich werde dies an besonderer Stelle eingehend zeigen.

5. Die Prognose als günstig erkannt.

Auch die früher so außerordentlich ungünstig bezeichnete Prognose (siehe Abschnitt „Prognose" S. 154) hat ein ganz anderes Gesicht bekommen, seitdem durch systematische Nachuntersuchungen der Leute mit Kapitalabfindung (Naegeli, Wimmer u. a.) die glatte Heilung aller nicht durch organische Leiden komplizierten Fälle erwiesen ist. Damit hat auch die angebliche Schwere der Krankheit „traumatische Neurose" einen tödlichen Stoß erlitten, und dadurch ist sie mit ganz besonderer Sicherheit als Artefakt der sozialen Gesetzgebung erkannt.

6. Die Entwertung der neurologischen Zeichen.

Endlich sind auch alle für das Leiden als charakteristisch hingestellten Symptome vollkommen entwertet worden, so daß auch in dieser Beziehung von einer eigentlichen Krankheit fast nichts mehr übrig bleibt.

Während früher Oppenheim und Möbius (eine genaue Prüfung der Sensibilität ist eigentlich die Hauptsache!) auf Anästhesien und Hypästhesien einen geradezu ungeheuren Wert gelegt haben, und z. B. im Kampfe mit Seeligmüller dessen Fälle von Simulation zurückgewiesen hatten, weil eingehende Sensibilitätsprüfungen fehlten, so ist heute eine große Anzahl hervorragender Forscher von der Bedeutungslosigkeit der zudem meist durch den Arzt suggerierten Gefühlsstörung überzeugt.

Das Paradepferd der wahren Hysterie, und ganz besonders auch der Unfallsneurose, die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung, wurde in ihrer Bedeutung schon von Schmidt-Rimpler gewaltig herabgesetzt, und heute wollen die angesehensten Ophthalmologen und außerordentlich viele Neurologen und innere Kliniker von ihrer Wichtigkeit nichts mehr wissen.

Alle Angaben über Abschwächung und Aufgehobensein der Hautreflexe als objektive Zeichen der Gefühlsstörung sind so gut wie allgemein aufgegeben.

Die Reflexsteigerungen, mitunter in einzelnen Gutachten immer noch als Beweise der traumatischen Neurose erwähnt, haben, wie die Abschwächung von Lid- und Rachenreflexen, fast jeden Wert verloren, da dies alles bei Gesunden ebenfalls recht häufig vorkommt.

Alle jene früher so zahlreich als „objektive" Symptome aufgestellten Zeichen haben der Kritik nicht standgehalten. Niemand glaubt mehr an die Beweiskraft des verminderten elektrischen Leitungswiderstandes (Zeichen von Mann), an die traumatische Reaktion von Rumpf, an die weitere Pupille auf der Seite der Schmerzen usw. (siehe Abschnitt Symptome im einzelnen), wohl aber werden alle diese Zeichen als ohne jede Beweiskraft im einzelnen und ihrer Gesamtheit hingestellt. Ich will einige Autoren zitieren.

Gaupp (1906): „Mit den objektiven Symptomen war es nichts." Reichhardt: „Tatsache ist, daß zum klinischen Bilde der ‚Neurasthenie' und ‚Hysterie' objektive charakteristische Krankheitszeichen im Sinne der Neurologie und inneren Medizin nicht gehören." „Ein Gutachter, der darauf Wert legt, befindet sich in einem Irrtum."

Fast noch überzeugender wirkt es, wenn wir denselben Autor im Laufe der Zeit seine Auffassung über den Wert der Symptome so grundsätzlich ändern sehen. Ich habe dies an Oppenheim 1892 und 1915 (Kriegsneurosen) eingehend geschildert (Neurol. Zeitschr. 1916): Die Störung der Sensibilität, früher als „ganz besonders wichtig und verbreitet“ bezeichnet, ist in ihrer jetzigen Bewertung sehr stark zurückgegangen. Nur ein kleiner Teil der Fälle und nur in geringem Umfange zeigt noch solche Gefühlsabweichungen.

Die früher von Oppenheim als wichtiges Zeichen der Objektivität angegebenen abgeschwächten oder aufgehobenen Hautreflexe werden nicht ein einziges Mal mehr als abnorm verzeichnet, gewöhnlich ist aber überhaupt nichts mehr von ihnen angegeben.

Das eingeschränkte Gesichtsfeld, dessen, man muß schon sagen, wahnsinnige Überbewertung ein Charakteristikum früherer Zeiten war, das „zweifellos zu den konstantesten Symptomen der traumatischen Neurose gehöre und als objektives Merkmal anzusehen“ sei, wird nur noch dreimal in ganz bescheidenem Grade erwähnt, und so niedrig bewertet, daß es in der Zusammenfassung der wesentlichen Symptome ganz fehlt.

Die Bedeutung der weiteren Pupille auf der Seite der Schmerzen wird jetzt 1915 von Oppenheim nur noch dreimal erwähnt und in jedem Fall als so minimal hingestellt, daß man solchen „Spuren“ keinen Wert beilegen darf.

Wenn wir also diese Wandlungen unserer Auffassungen, die ich hier unter 1—6 übersichtlich gruppiert habe, überblicken, so können wir nur den einen Schluß ziehen: So ist eigentlich Stück für Stück von dem Kunstbau der traumatischen Neurose im Sinne von Oppenheim zusammengebrochen, und hat sich unsere Auffassung gegenüber 1892 in jeder Beziehung fundamental und prinzipiell geändert! Die traumatische Neurose ist keine „wirkliche Krankheit“ (Oppenheim gegen Strümpell), sie ist ein Artefakt der Unfallgesetzgebung, soweit es sich um die reine eigentliche traumatische Neurose handelt.

Kapitel XI.

Die Folgen der Überbewertung der Unfallsneurosen und des weiten Entgegenkommens gegenüber den Begehrungsvorstellungen auf dem Boden der sozialen Versicherung.

1. Auf die Volkspsyche.

Die sozialen Folgen aus der viel zu häufigen Diagnose und der viel zu hohen Bewertung der traumatischen Neurosen und Begehrungsneurosen nebst der Verkennung der Häufigkeit der Übertreibung und Simulation waren und sind sehr schwerwiegende. Vor allem werden weite Volksschichten von der Idee erfaßt, daß auch ein leichter Unfall schwere und bleibende nervöse Folgen nach sich ziehen könne, ja daß dies etwas durchaus nicht Seltenes sei, und sogar leichte Unfälle, für die das Wort Unfall, eigentlich kaum mehr gebraucht werden dürfte, zu dauernder Krankheit und Siechtum führen. Dadurch wird die aus allgemein psychologischen

Gründen an sich schon so naheliegende Gedankenverbindung: Unfall, also Geldentschädigung, vollkommen popularisiert und zur überwertigen Idee erhoben. Und dieses Gift, kein milderes Wort darf hier gebraucht werden, erzeugt eine Volksseuche, die zu den allergefährlichsten Seuchen der Neuzeit gehört. Gerne gebe ich zu, daß wirkliche schwerere Unfallsneurosen und Unfallshysterien im ganzen nicht allzu oft vorkommen und in ihrer Häufigkeit überschätzt werden, so daß auch ich, wie Schultze und Stursberg, von der traumatischen Neurose nicht als von einer allgemeinen Volksseuche sprechen möchte.

Aber die verkehrte Auffassung, Unfall also Geld, das ist die Volksseuche geworden, gegen die mit aller Macht vorgegangen werden muß, wenn nicht Staat und Gemeinde, Patient und Arzt, Wahrheit und Glaubhaftigkeit, soziale Fürsorge und medizinische Wissenschaft die allerschwersten Schäden leiden sollen.

In den Ausführungen über Parallelen zu den traumatischen Neurosen zeigte ich, daß die Vergiftung der Volksseele sich immer mehr auf allen ärztlichen Spezialgebieten, vor allem bei der Invaliditätsversicherung und bei jeder Krankheit aus dem Gebiete der Gesamtmedizin geltend macht, bei der ein Patient irgendwie glaubt, Rechtsansprüche auf Entschädigung, und zwar vor allem auf Geldentschädigung, dann im weiteren auf Kuren und langes Aussetzen der Arbeit erheben zu können. Schon vor längerer Zeit habe ich das für die Bleikrankheit der Maler in Zürich gezeigt (S. 36). Auch für die kleinsten chirurgischen Verletzungen gilt dasselbe. Wie schwer hält es da vielfach, nach längerer Zeit auch nur die Leute wieder zu einem Arbeitsversuch zu bringen. Viel mehr als die Verluste an Geld wiegt in all diesen Fragen die Vergiftung der Volksseele, die so geschaffene Verbitterung und Verhetzung, die zur schweren Unzufriedenheit mit den Berufsgenossenschaften, Versicherungen, mit dem Arzt und den Behörden führt und in letzter Linie sich gegen den Staat richtet.

Insofern ist tatsächlich eine Neurose des Volkes entstanden, als alle Fragen über Entschädigungsansprüche und Rechtsansprüche im weitesten Sinne des Wortes auf eine mürrische, unzufriedene, von vornherein verbitterte Basis gestellt wurden.

2. Für den Arzt.

Überaus verhängnisvoll sind die Wirkungen auf das Verhältnis von Arzt zu Patient. Von allen Autoren in diesem Gebiet wird die völlige Umkehrung des früheren Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient hervorgehoben. Der Arzt ist nicht mehr der Helfer und Rater. Er ist der Beauftragte und Bezahlte der Versicherungen oder der Berufsgenossenschaft und hat nur einen Gedanken, den Patienten viel zu früh wieder an die Arbeit zu weisen, ihm die nötige Zeit zur Erholung zu kürzen, seine Entschädigungsansprüche abzustreiten oder doch möglichst gering einzuschätzen. Daraus entwickelt sich gelegentlich ein eigentlicher Haß gegen den Arzt, der sich ab und zu sogar zu Drohungen, tätlichen Angriffen und Gewalttätigkeiten steigert, besonders wenn es sich um verschrobene und psychopathisch veranlagte Leute handelt.

Es ist daher nichts Seltenes, daß Ärzte schließlich in all diesen Fragen, die aus der Gesetzgebung und Gesetzanwendung der sozialen Versicherungen hervorgegangen sind und mit dem Entschädigtwerden zusammen-

hängen, nichts mehr zu tun haben wollen. Auch ich habe vor Ekel über das Ungerechte in den Forderungen der meisten Leute, die sich als bleivergiftet hingestellt haben, vor Überdruß über all die Widerwärtigkeiten, Beschimpfungen, Verleumdungen und anonymen Drohungen, vor Empörung über die nicht seltenen und leider oft erst viel zu spät zu beweisenden glatten Simulationen, jede Gutachtertätigkeit auf diesem Gebiete aufgegeben. Bei den Neurosen nach Unfällen habe ich wie zahlreiche andere ganz dasselbe erlebt. Da besteht wirklich auch nicht der geringste Unterschied. Auch zur Kriegszeit kann der Arzt gelegentlich in den Lazaretten die gleichen Erfahrungen machen. Soldaten mit Klagen über Rückenschmerzen, Bauchweh, vor allem Gelenk- und Muskelrheumatismus kommen von einem Lazarett ins andere, sind zum Teil leicht neurotisch, zum Teil nicht krank, berufen sich auf ihr Recht, behandelt zu werden, wenn sie Beschwerden haben, zeigen nach monatelangen Kuren nicht die geringste Besserung, antworten beim Krankenbesuch dem Arzt Tag für Tag: es ist immer gleich, das wird nie besser, denken nur über die Rente nach (Beispiel Münch. med. Wochenschr. 1916, S. 206) und treiben den Arzt zur Verzweiflung, wenn er nicht in seiner Gutmütigkeit alle Dinge treiben läßt, wie sie eben treiben oder wenn er nicht die Einsicht und Energie hat, Schluß zu machen, im wahren und humanen Interesse von „Patient", Arzt, Versicherung und Staat.

Bei den traumatischen Neurosen sieht man denn auch häufig, daß viele Ärzte in ihrer Abhängigkeit von Kassen und Patienten, in ihrer Not um den Erwerb des täglichen Brotes, andere in ihrer Unsicherheit in der Beurteilung, daß viele Ärzte tatsächlich alle Zügel schleifen lassen, bis von anderer Seite (Berufsgenossenschaft, Versicherung, Behörden) eingegriffen wird.

Wieder andere Ärzte werden als „Arbeiterärzte" Spezialisten für Unfallsfolgen, wenn vielleicht auch nicht auf ihrem Schild, so doch im Ruf der Arbeiter. Obwohl sie keinerlei sorgfältigere Studien gemacht haben und zum Teil gerade deswegen, treten sie „aus Humanität" unterschiedslos für alle Ansprüche ein und haben natürlich einen gewaltigen Zuspruch. Einzelne vertiefen sich allmählich in ihre „Spezialität", studieren auch größere Werke über traumatische Neurosen, vor allem Oppenheim und Bruns, belegen ihre Ausführungen und Gutachten mit all dem neurologischen Kleinkram, dessen Wertlosigkeit an anderer Stelle gezeigt ist, finden selbstverständlich Anästhesien, Hyperästhesien, Gesichtsfeldeinschränkung, vergessen nicht, jedesmal die absolut ungünstige Prognose der Unfallsneurose zu zitieren und weisen auf die Möglichkeit des Ausganges in dauerndes Siechtum und Irrsinn nach diesen von ihnen angeführten Werken hin.

Für den Begutachter ist es sehr oft eine ganz schwierige Aufgabe, vor Gericht gegen diese Ausführungen anzukämpfen, zumal der Anwalt des Klägers auf das treffliche und eingehende Vorgutachten, auf die Erfahrung und medizinische Belesenheit hinweist und mit Angriffen und Verdächtigungen, schärfsten Protesten und Beleidigungen selbst gegenüber dem vom Gericht bestellten Begutachter nicht zurückhält.

Wenn also die Überspannung der Lehre von den traumatischen Neurosen die Volksseele vergiftet hat, so ist dies nicht minder gefährlich für den ärztlichen Stand geworden, den sie von seiner früheren hohen Stellung gewaltig erniedrigt und gelegentlich zum Sklaven aller erdenkbarer Ansprüche degradiert hat.

In ärztlicher Beziehung hat die viel zu weitgehende Anerkennung traumatischer und Begehrungsneurosen noch andere, sehr unangenehme Folgen.

Es werden viele Ärzte mit Zeugnissen und Begutachtungen überhäuft, so daß ihre Arbeitszeit in ungebührlicher Weise eingeschränkt wird. Die Krankenhäuser sehen jedes Jahr eine große Zahl solcher Begutachtungsfälle, die an den meisten Orten zu den unangenehmsten Fällen gezählt werden. Ihre Erledigung bereitet selten Freude, fast immer Ärger und Verdruß. Der Chefarzt kann neben all seinen anderen Berufspflichten nicht immer die nötige Zeit einsetzen. Daher sind es vielfach jüngere Assistenzärzte, die schließlich urteilen. Daß dabei nicht stets das Richtige herauskommt, daß gewöhnlich mangels der nötigen Erfahrung und Unterweisung in diesen Dingen viel zu viel den Wünschen der Leute einfach entsprochen wird, erfährt man leider nur zu häufig.

Die große Zahl der Begutachtungsfälle und die Kosten des Verfahrens führen ferner dazu, daß an vielen Orten solche Unfallsneurotiker und Rentenbewerber nur ganz wenige Tage im Krankenhaus gehalten werden können. Ein so kurzer Aufenthalt genügt aber vielfach nicht, um in die nicht immer offen zutage liegenden Psychismen dieser Neurotiker einzudringen. So kommt gewöhnlich nur das heraus, daß die Rente in gleicher Höhe belassen wird wieder für ein Jahr oder zwei, mit der Annahme, es würde dann später vielleicht ein besseres Eindringen in den Fall möglich werden. Nach ein oder zwei Jahren ist aber die Sache auf dem gleichen Punkt, der frühere Assistenzarzt ist fort, ein neuer da, und der Kanon geht weiter.

Der Spezialarzt und besonders der Nervenarzt werden sich, wenn der Patient zu ihnen kommt, Mühe und Zeit nicht kosten lassen. Dennoch begegnen ihnen in der Beurteilung der Sachlage gewisse Schwierigkeiten, die nicht zu leicht eingeschätzt werden dürfen. Vor allem geht ihnen diejenige Kenntnis aller Eigenschaften und Eigentümlichkeiten des Patienten und seiner Umgebung ab, wie sie in früherer vergangener Zeit der Hausarzt sehr zum Wohl des einzelnen wie der Allgemeinheit besessen hat. Notwendigerweise muß daher manches in der Bedeutung zu hoch bewertet werden; anderes wird vielleicht nicht genügend berücksichtigt. Manche Fragen bereiten Schwierigkeiten, die bei voller Kenntnis aller Verhältnisse gar nicht in Betracht fielen.

Dann ist der Spezialarzt zwar in der Untersuchung auf seinem Gebiet sehr geübt, aber auf anderen Gebieten natürlich um so weniger. Zum Teil läßt sich das durch Konsultation anderer Spezialisten sehr gut ausgleichen. So ist es für ernstere Fälle oft dringend nötig, den Augenarzt oder Ohrenarzt zu Rate zu ziehen, da auf diesem Gebiete doch nur der Fachmann noch mit der hier nötigen Kompetenz sein Urteil abgeben kann. Freilich ist es nicht nötig, nun gleich bei jedem Patienten aus dem Gebiet der Unfallsneurosen alle Spezialisten auch noch zu konsultieren. Es müssen dafür bestimmte Gründe wegleitend sein. Aber gerade hier wird vielleicht der Spezialarzt die nötige Indikation nicht entdecken.

So sehe ich besonders, daß vom Nervenarzt Klagen über Herzbeschwerden als rein nervös deshalb angesehen werden, weil eine Herzuntersuchung keine Vergrößerung des Organs und keine deutliche Geräusche ergibt. Dennoch handelte es sich um Mitralstenosen, die dem nicht völlig Geübten ja sehr leicht entgehen, und die es gerade sind, bei

denen zahlreiche Herzbeschwerden entstehen. Natürlich kann die richtige Erkennung des Herzfehlers aber die Auffassung der ganzen Sache wesentlich ändern.

Die Beurteilung im Krankenhaus führt zu der Gefahr der psychischen Infektion oder Eindrillung durch andere Patienten. Der vorsichtige Arzt wird dies aber zu umgehen wissen durch die Vermeidung der Aufnahme mehrerer Begehrungsneurosen zur gleichen Zeit in den gleichen Saal. Freilich ist damit noch nicht jede ungünstige Beeinflussung ausgeschaltet.

Schwerer wiegt der Umstand, daß die Zahl der Gutachtenfälle in gewissen Ländern eine derartige Höhe erreicht hat, daß schon, um der drohenden Überfüllung der Krankenhäuser mit dieser Kategorie gewöhnlich nicht sehr geschätzter Leute zu begegnen, der einzelne oft nur wenige Tage behalten wird. Dies genügt gar manchmal nicht zur völligen psychologischen Erkennung der Persönlichkeit. Immerhin bieten die Krankenhausaufnahmen so außerordentliche Vorteile, daß sie in schwierig liegenden Fällen nicht unterlassen werden sollten.

Für den akademischen Lehrer endlich sind heute Unfalls- und Begehrungsneurosen eine schwere Belastung seiner Zeit. Der Forschungsrichtung der meisten Akademiker liegt zudem dieses Gebiet fern. Seine Unannehmlichkeiten sind außerdem sehr groß, so daß es oft große Überwindung kostet, auf dieses von vornherein fast unfehlbar undankbare Gebiet einzutreten. Dazu kommt, daß in solchen Begutachtungsfällen heute ein Aktenmaterial zusammengeschrieben wird, das für einen so viel in Anspruch genommenen Gelehrten, von dem man auch wissenschaftliche Forschungen verlangen muß, einfach nicht mehr zu bewältigen ist. Einige hundert Seiten Akten ist heute noch verhältnismäßig wenig, aber 1000 und 1500 Seiten Akten über eine ursprünglich als Lappalie angesehene Verletzung mit den endlosen Zeugenverhören und vorausgehenden zahllosen Begutachtungen, das übersteigt entschieden das, was man von einem akademischen Lehrer so ganz nebenbei noch verlangen darf. Für solches Aktenstudium kann der im Aktenlesen Geübteste 10—20 Stunden brauchen. Immerhin wird man ihm nicht den Vorwurf machen können, daß er des Geldgewinnes wegen so viele Stunden braucht, wird doch in Deutschland die Stunde Aktenstudium gerichtlich mit 2 M. honoriert! Gewiß keine übermäßige Einschätzung der ärztlichen Leistungen, zumal für einen Akademiker, der schließlich in den schwierigsten und zeitraubendsten Begutachtungsfällen, z. B. bei einer gerichtlich festgesetzten Höhe des Schadenswertes von 120 000 M., in Preußen mit 39 M. Honorar als Maximum abgefunden wird, während der Jurist als Verteidiger seine Tausende quittiert und selbst zwei fachmännische Experten (Beispiel: Schätzung des Einkommens nach den Geschäftspapieren) im gleichen Falle jeder mit der sechsfachen Summe des Arzthonorars bezahlt werden. Und wer hat schließlich die wirkliche, entscheidende Arbeit geleistet? So unglaublich diese Zustände gelegentlich sein können, ich berühre sie nur, um zu zeigen, daß eine so niedrige, standesunwürdige Belohnung schwierigster ärztlicher Arbeit selbstverständlich fast überall die einzige und unausbleibliche Folge hat, daß die Begutachtungen möglichst rasch erledigt werden, zumal auch bei ihrer großen Zahl ein anderer Ausweg gar nicht mehr möglich ist. In der Regel wird daher ein Assistenzarzt, und nicht selten jedes Jahr ein anderer, auf der Klinik sich mit der Sache be-

schäftigen. Der akademische Lehrer aber wird je länger je mehr sich völlig von diesen furchtbaren Papierhaufen zurückziehen und durch die Behörden sich schon bei der Berufung von solcher Tätigkeit entbinden lassen!

So kann man dann mit Ergötzen in den Akten sehen, daß sechs, ja acht akademische Lehrer unter allen möglichen Ausflüchten oder unter Hinweis auf ihre ministerielle Befreiung von solchen Begutachtungen nichts wissen wollen, bis schließlich in weiter Ferne endlich einer gefunden ist. Dies ist natürlich auch eine wesentliche Quelle der Verschleppung der Prozesse.

Meines Erachtens können aber diese Zustände sich nicht weiter so fort entwickeln. Es ist bedenklich für die richtige Begutachtung, wenn gerade diejenigen Autoritäten nicht mehr angerufen werden können, die doch in allererster Linie berufen wären, ihr Urteil abzugeben. Da hilft eben, wie ich später schildern werde, nur eine ganz wesentliche Änderung des ganzen Systems.

Auch diese Fragen mußten einmal öffentlich erwähnt werden. Mancher würde es sonst nicht recht begreifen können, wie Gutachten von verschiedenen Kliniken so verschieden ausfallen können und gelegentlich so ungenügend begründet sind. Wer aber alle Verhältnisse kennt, wird sich über nichts mehr wundern!

3. Die finanziellen Lasten,

die den Versicherungen und Berufsgenossenschaften und dem Staate aus den zahlreichen und immer wiederkehrenden Untersuchungen erwachsen, sind ganz außerordentlich große und ständig steigende. Ich habe bereits früher darauf hingewiesen, daß sehr große Privatversicherungsgesellschaften gelegentlich mehrere Jahre nacheinander aus den Kollektivversicherungen nicht den geringsten Gewinn ziehen und nur durch das Höhersetzen der Prämien sich in der Folgezeit vor Verlust schützen können.

In der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft sind die Beiträge für die Versicherung jetzt bereits höher, als die vom Staate erhobenen Steuern, wie mir ein Mitglied des Reichstages berichtet hat.

Die Kosten der Dienstbotenversicherung steigen an manchen Orten enorm und in riesigen Sprüngen, ja gelegentlich bis zur sofortigen Verdoppelung der früheren Beiträge.

In der Schreinerei gehen die Kosten ständig höher, obwohl die Zahl und auch die Schwere der Unfälle (durch Einführung von Maschinen zur Verhütung gefährlicher Handarbeit) abgenommen hat.

Die Preußisch-Hessische Eisenbahn zahlte von 1908—1912 38 614 901 M. für Renten, Abfindungen, Heilungskosten, Gutachten, Prozesse (Horn). Dabei war „das große Heer nur Unfallsneurotiker“.

Nach Wette betrug der Beitrag einer Berufsgenossenschaft 1887 auf den Kopf 6,95 M., 1905 aber 19,78 M. Ich habe für eine Fabrik die Steigerung in 20 Jahren von 25 ‰ auf 62 ‰ bekanntgegeben.

Die Unfallversicherung Zürich schrieb 1916 an Hoche, daß bei der Haftpflicht ein Fünftel aller mit über 2000 M. Kosten erledigten Unfälle auf Unfallsneurosen fallen!

Welch horrende Summen bei der Haftpflicht wegen Neurosen bezahlt werden müssen (und zwar zu Unrecht!) sieht man aus einzelnen Beispielen auf S. 68 und S. 183.

Das Rentenverfahren ist nur scheinbar billiger, in Tat und Wahrheit aber teurer.

An anderer Stelle ist die große soziale Gefahr betont, die dem Versicherungswesen innewohnt, durch die Verleitung zu Übertreibung und Simulation, durch die Weckung so vieler niedriger Instinkte, durch die schwere Schädigung des ärztlichen Standes (Verflachung alles Wissens und Oberflächlichkeit der Untersuchungen durch an sich unnötigen Massenbetrieb).

Erwiesen sich aber jetzt auch die Kosten der Versicherung etwa 2—3fach höher, als sie an sich sein müßten, wenn alles ohne Übertreibung und Simulation, ohne unnötige Prozesse und Berufungen, ohne unnötige Arzt- und Begutachtungsauslagen herginge, so wäre der reine nationalökonomische Nutzen der ganzen sozialen Versicherung in Frage gestellt. Caveant consules!

Kapitel XII.

Die Symptome der Unfalls- und Begehrungsneurosen.

Motto: „Was man bei der Hysterie sucht, das findet man."
Lewandowsky, Hysterie 1914.

I. Das psychische Verhalten und dessen Untersuchung.

Bereits in den vorstehenden Ausführungen habe ich vielfach darauf hingewiesen, daß die Untersuchung auf die Psyche die wichtigen und die beweisenden Erscheinungen ergibt, niemals die neurologische Untersuchung. Dabei kann ich nur die Ausnahme gelten lassen für jene ausgesprochenen hysterischen Erkrankungen, bei denen durch die „Fernwirkung" der psychischen Zustände auf die körperlichen es zu einer Reihe von wichtigen körperlichen, an sich aber auch wieder psychisch bedingten Befunden kommen kann. Aber auch dann bleibt unter allen Umständen das Seelenleben der Patienten das wichtigste.

Ein gutes Gutachten soll daher, wie ich es bei anderem Anlaß ausgedrückt habe, vor allem einen sehr eingehenden Befund über das psychische Verhalten der Leute aufweisen und die eingehende neurologische Untersuchung kann vielfach nur dazu dienen, andere, namentlich organisch bedingte Leiden auszuschließen, und gleichzeitig aus vielen Reaktionen des Patienten Einblick in seine Psyche zu gewinnen.

Diesen Forderungen ist bisher in der Regel bei weitem nicht genügend nachgekommen worden. Vielfach ist der Geisteszustand der Leute mit wenigen Sätzen erledigt, und namentlich vermisse ich eine gründliche Wiedergabe der Aussprachen mit dem zu Untersuchenden über den Inhalt seines Gedankenkreises, über die Motivierungen des Mannes, über sein Benehmen gegenüber ärztlichen Forderungen; ferner vermisse ich ganz besonders spezielle Prüfungen, die über die Glaubwürdigkeit und die Willensanspannung einen gewissen Aufschluß geben.

Bei der Schilderung des psychischen Verhaltens muß ich zunächst Unfallshysterien ausschließen und nur die „eigentlichen Unfallsneurosen" und die ihnen entsprechenden Begehrungsneurosen erörtern.

Die **Stimmung** dieser Neurosen bildet für die ärztliche Untersuchung vorerst einen der wichtigsten Gegenstände, und da läßt sich sagen, daß wir es mit einer ganz ausgesprochen, fast eintönigen depressiven Stimmung zu tun haben, in der ein erheblicher Wechsel nicht eintritt, selbst nicht bei langer Dauer der Beobachtung, freilich bezieht sich das ganz vorwiegend auf die Stimmung, die gegenüber dem Arzte zur Geltung kommt.

Die Leute sind niedergeschlagen, verdrießlich, verärgert, haben über jedes und alles zu klagen, sind nie heiter, schauen alles von der trüben Seite her an, und sind sehr oft ängstlich, oft erscheinen sie apathisch, treten nicht aus sich heraus. Man muß alles erfragen, mindestens bis sie einigermaßen in den Fluß der Rede gebracht sind. Sie lehnen den Verkehr mit Mitpatienten ab, sofern es sich um einigermaßen schwere Formen handelt. Sie leben für sich; oft bleiben sie in einer Ecke des Zimmers, sind empfindlich gegen Licht und Geräusche, und schließen sich gewissermaßen ab.

Bei den längerdauernden Fällen ist die Apathie einem ausgesprochen verbissenen Wesen gewichen. Die Leute schimpfen über Arzt, Versicherung, Berufsgenossenschaft, Kapitalismus usw. Sie verhalten sich ärztlichen Untersuchungen gegenüber recht oft ablehnend, geben sich keinerlei Mühe, müssen stets wieder zur Aufmerksamkeit gezwungen werden, ja das Verhalten zum Arzt wird ausgesprochen feindselig, gelegentlich sogar aggressiv.

Es hat sich also mehr und mehr eine Reizbarkeit entwickelt, die auch in früheren Stadien schon vorhanden, wenn auch noch nicht so stark ausgesprochen ist. Diese Reizbarkeit zeigt sich vor allem gegenüber der Umgebung, die nichts recht machen kann. Sie äußert sich in Klagen über Unerträglichkeit von Geräuschen, über schmerzhafte Blendung durch Helligkeit, über zu häufige oder zu lange dauernde Untersuchungen, über zu große Zumutungen an ihre Kraft und Leistungsfähigkeit, und führt schließlich nicht selten zu scharfen Auseinandersetzungen, heftigen Gemütsaufwallungen, Zorn- und Wutentladungen, wobei der früher apathische Kranke in seinen Bewegungen viel lebhafter und energischer geworden ist und von seiner Kraft in ganz anders ausgiebiger Weise Gebrauch macht. Ab und zu verlassen die Leute nach heftigen Auftritten, die sie mit Mitpatienten oder Pflegepersonal oder Arzt gehabt haben, sofort das Krankenhaus. Sehr oft verlangen sie wenigstens dringend die baldigste Entlassung und Abbrechung der Untersuchung.

Eine gewisse Lebhaftigkeit der Stimmung ist fast ausnahmslos dann zu bemerken, wenn über den Unfallhergang und die Unfallfolgen gesprochen wird. Jetzt wird die Sprache rascher, das ganze Benehmen erregter, das Gesicht kann sich röten, die Arme und Gesichtszüge bekommen lebhaften Anteil an der Auseinandersetzung. Nicht selten beobachtet man jetzt auch Weinanfälle oder es erweisen sich die Leute doch ausgesprochen rührselig. Recht oft scheint die Ängstlichkeit des ganzen Wesens jetzt alles andere zu übertönen und macht sich in Mienen und Gebärden geltend.

Verfolgt man die Stimmung wochenlang im Krankenhaus, so überwiegt das depressive, stille, apathische, leicht empfindliche Benehmen ganz außerordentlich. Nur auf besondere Erlebnisse hin kommen Phasen

der Aufregung, die in der Regel rasch ihren Höhepunkt erreicht haben, aber längere Zeit noch nachwirken können.

Die Affekte haben also nicht nur große Macht, sondern auch eine meist erheblich lange anhaltende Wirkung. Vielfach legen sich die Leute nach Gemütserregungen zu Bett, sind nicht zum Aufstehen mehr zu bringen, weil sie die Aufregung nach ihrer Aussage völlig leistungsunfähig gemacht habe.

Diese hier geschilderte Stimmung kommt aber doch ganz vorwiegend gegenüber dem Arzt zur Geltung. Kann man die Leute in ihrem Hause beobachten, so ist der Unterschied im Benehmen oft ein bedeutender. Kraepelin gibt sogar an, daß der Unterschied des Befindens gegenüber dem Arzt und dem Befinden im praktischen Leben „enorm" sei. Das scheint mir doch etwas zu stark ausgedrückt, und ließe zu sehr an reine absichtliche Übertreibung denken. In der Tat kann man doch oft auch von zuverlässigen Beobachtern, besonders Nachbarsleuten, hören, daß die Leute auch zu Hause gegenüber den Angehörigen, besonders gegenüber der Frau, sich gereizt und verärgert benehmen. Das ist auch kein Wunder bei Leuten, die im Kampf um Entschädigungsansprüche sich befinden und tatsächlich verstimmt sind.

Wohl aber ist der Unterschied besonders groß in bezug auf die Apathie und die Teilnahmslosigkeit dieser Leute gegenüber allen Dingen der Außenwelt, Erscheinungen, die im Verkehr mit den Angehörigen ungeheuer viel schwächer hervortreten und nicht selten hier auch ganz fehlen.

In zahlreichen Beobachtungen kommt die Angst bedeutend zum Vorschein, namentlich beim Gebrauch der Verkehrsmittel, Eisenbahn, Straßenbahn, besonders natürlich dann, wenn die Verletzung oder Schädigung durch ein Verkehrsunglück entstanden ist. Über gewisse, noch in der Breite der Norm liegende Befürchtungen geht jedoch die Angst wohl nur in jenen Fällen hinaus, in denen es sich um psychopathisch veranlagte Leute handelt. Eigentliche Zwangsvorstellungen habe ich niemals gesehen und sind sicherlich als etwas Besonderes auszuscheiden.

Bei leichteren Erkrankungen oder in Frühfällen, die noch nicht zahlreiche Begutachtungen und Nachuntersuchungen durchgemacht haben, kann die Stimmung auch einmal nur Anklänge in der hier geschilderten Richtung aufweisen. Man bemerkt dann auch im Krankenhaus kein ablehnendes Benehmen gegenüber den Mitpatienten, nur ein gewisses Zurückziehen von lebhaften Unterhaltungen oder Spielen. Auch der Verkehr mit der Krankenschwester zeigt ein nicht stark von der Norm abweichendes psychisches Benehmen, und gegenüber dem Arzt fehlt das apathisch indolente Auftreten, das sonst der gesamten Untersuchung oft so erhebliche Schwierigkeiten bietet.

Bei den verschleppten Fällen und besonders bei den schon jahrelang Rente genießenden dagegen ist die Stimmung eine verbissene, hochgradig gereizte und trotzige, es sind die letzten Entwicklungsformen der durch Begehrungsvorstellungen und psychologisch verfehlte Gesetzgebung geschaffenen Artefakte.

Daß in der hier geschilderten Stimmung der Leute mancher Zug fraglos übertrieben zum Ausdruck gebracht wird, kann gar keinem Zweifel unterliegen, jedoch braucht die Übertreibung nicht ohne weiteres bewußt oder absichtlich zu sein. Es muß vor allem scharf berücksichtigt werden, daß ein starkes Betonen der Beschwerden durch die Stimmung verständ-

lich ist, wenn die Leute keine objektiven Befunde aufweisen können, sondern all ihre Klagen sich auf psychischem Gebiet befinden. Wie sollten sie denn anders dem Arzt ihre wirklich empfundenen Beschwerden klar machen? Auch wenn den Leuten vorher eine ungerechte Behandlung zuteil geworden ist, entweder durch den Meister, z. B. durch unbegründete Entlassung oder mangelhaftes Entgegenkommen, oder durch die Versicherung, durch unwahre Beschuldigungen oder Verdächtigungen, dann kann uns die gereizte und depressive Stimmung nur als der Ausdruck normaler Empfindung erscheinen und wird uns selbst eine gewisse Übertreibung nicht wunder nehmen dürfen. Ein verschiedenes Verhalten der Stimmung gegenüber dem Arzt, besonders gegenüber dem Arzt als Begutachter, und anderseits gegenüber der Umgebung des gewöhnlichen praktischen Lebens ist dann auch keineswegs verwunderlich.

Diesen in ihrer Stimmung begründeten Fällen, die durch sorgfältiges psychologisches Studium und durch Prüfung der Aktenlage herausgefunden werden müssen, stehen nun aber jene Leute gegenüber, die mit zweckbewußter Absicht aus Begehrungsvorstellungen heraus ihre Stimmung übertreiben, gelegentlich bis zur vollen Simulation. Eigene Beispiele könnte ich viele bringen, sogar noch bessere und überzeugenderer als das von Strümpell mitgeteilte (s. S. 57). Da dieses aber von einem gerade auf diesem Gebiet so verdienten Forscher stammt, so möchte ich besonders darauf hinweisen. Häufig sind in dieser Gruppe jetzt jene Leute, die zu Hause und außerhalb des Krankenhauses sich doch ganz anders aufführen als im Krankenhaus und in der Sprechstunde des Arztes. Ihre Umgebung merkt ihnen wenig an und kommt in Verlegenheit, wenn sie Krankheitszeichen schildern soll. Leute, die so ungemein empfindlich gegen Geräusche sind, kann man bei längerem Wirtshausbesuch überraschen. Gegenüber ihrer Apathie und Depression steht ihr ruhiges, sachliches Benehmen zu Hause in Widerspruch, ebenso gegenüber den Leuten, mit denen sie nicht ärztlich, sondern beispielsweise beruflich zu tun haben. Daß es natürlich nicht leicht ist, zwischen nur physiologischen Schwankungen der Gemütslage unter verschiedenen Verhältnissen und bewußter tatsächlicher Übertreibung zu unterscheiden, ist klar, und gerade auf diesem Gebiet muß vom Arzt eine große Dosis Kritik verlangt werden.

Aber auch bei Anwendung aller Objektivität muß der Satz vertreten werden, daß die Stimmung der Unfallsneurosen und Begehrungsneurosen gewöhnlich als viel zu bedeutsam eingeschätzt worden ist, daß sie zum größten Teil ein Kunstprodukt darstellt, das sehr rasch auseinanderfällt, wenn z. B. durch Kapitalabfindung die Rechtsfrage endgültig entschieden ist. Erst die Endschicksale der definitiv Abgefundenen können uns darüber belehren, daß die ärztliche Wissenschaft früher diese Stimmung viel zu schwer eingeschätzt hat.

Es wird daher auch durchaus verständlich sein, daß heute der Arzt bei der Untersuchung auf die Stimmung des Patienten sich nicht auf seine eigenen Erlebnisse und Erfahrungen verlassen darf. So furchtbar schwer ist denn doch die Vorspiegelung falscher Tatsachen auf diesem Gebiete bei weitem nicht, wie einzelne Autoren im Gefühl ihrer ärztlichen Sicherheit sich ausgesprochen haben. Es ist daher nötig, daß namentlich die Krankenschwester über die Stimmung des Patienten befragt wird, und daß sie zur Beobachtung und Kritik auf diesen Gebieten vom Arzt

ganz eigentlich erzogen wird. Leider ist es stets nur eine kleine Zahl, die Beobachtungsgabe, klares Urteil und völlige Unparteilichkeit miteinander verbindet, die zu solchen Untersuchungen verwendet werden können.

Ebenso wichtig ist die Auskunft von Mitpatienten des Krankenzimmers, von deren Zuverlässigkeit man sich aber überzeugen muß. Gelegentlich sehr wichtig sind Erhebungen über die Stimmung des Mannes im gewöhnlichen Leben; diese Berichte sind aber ganz besonders kritisch zu gebrauchen, und müßten nicht durch kleinliche Geschichten, sondern durch klar beweisbare Tatsachen belegt sein.

Die Stimmung der Patienten prägt sich natürlich auch deutlich in den Gesichtszügen, in der Haltung und im Gang aus. Auf diese Verhältnisse ist daher sehr stark Rücksicht zu nehmen. Die Gesichtszüge fallen auf durch ihre Schlaffheit und Teilnahmslosigkeit, durch geringes Mienenspiel, durch kleine Abwehrreaktionen gegenüber Mißempfindung auf Lärm, auf grelles Licht.

Sie zeigen deutlichere Schlaffheit in den Zeiten besonderer gemütlicher Niedergeschlagenheit, und das genaue Verfolgen während längerer Beobachtung gibt wertvolle Anhaltspunkte. Die Haltung und der Gang der Leute sind gewöhnlich ebenfalls schlaff, entbehren völlig der Frischheit und Entschiedenheit, können wesentliche Änderungen aber unter der Wirkung von starken Gemütsbewegungen gewinnen. Wenn jetzt das Auftreten entschiedener, der Gang rascher und sicherer wird, so darf das bei weitem nicht den Gedanken an Simulation aufkommen lassen, handelt es sich doch einfach um psychologisch notwendig eintretende Änderungen, sofern es sich um Neurosen handelt.

Freilich wird auch auf diesen Gebieten dem Arzt und Begutachter manches stark aufgetragen und vieles bewußt übertrieben. Sonst wäre es ja undenkbar, daß im gewöhnlichen Leben Gang und Haltung normal oder fast normal sein können. Sehr bekannt ist auch die Tatsache, daß viele Stöcke erst dann aus der Hand dieser Leute verschwinden, wenn die Entschädigungsfrage (bei Kapitalabfindung) endgültig erledigt ist. Kein Arzt wird wohl Erfolg haben, wenn er das Aufgeben des Stockes bei den eigentlichen Unfalls- und Begehrungsneurosen durchführen will. Der Patient setzt nach schwächlichen Versuchen stets wieder seinen Willen durch. Dafür kann man es aber erleben, daß die Leute sofort nach der Erledigung ohne Stock getroffen werden, und wenn man (eigene Beobachtung) Auskunft fordert, warum sie jetzt den Stock nicht mehr gebrauchen, so bekommt man die Antwort: „Jetzt wollte ich's eben probieren!“ Vorher war also der Versuch nicht im Willen des Mannes gelegen.

Von ganz besonderer Bedeutung ist die in der Literatur oft erörterte Frage, ob aus der Depression der traumatischen Neurosen Suizid hervorgehen könnte. Vage Drohungen in dieser Hinsicht kann man von den Patienten sehr oft hören, doch machen die Angaben selten auch nur einen einigermaßen überzeugenden Eindruck. In der Monographie von Oppenheim spielt freilich die Suizidmöglichkeit der Patienten eine keineswegs kleine Rolle, und es wird den Ärzten in dieser Hinsicht gehörig das Gruseln beigebracht. So soll sich ein Patient von Oppenheim das Leben genommen haben, weil Oppenheim als Begutachter nur teilweise Erwerbsunfähigkeit und nicht vollständige angenommen habe.

Im Zweifelsfalle sollte man daher lieber hoch taxieren, zumal auch die Literatur „nicht wenige Beispiele von Selbstmord bei traumatischen Neurosen“ enthalte.

In völligem Gegensatz dazu schreibt Kraepelin 1915, daß Suizid nie vorzukommen scheine, und ihm können „die nicht wenigen Beispiele der Literatur“ nach Oppenheim doch auch nicht entgangen sein. Ich selbst habe unter Hunderten von Begutachtungen Suizid nie gesehen oder später in Erfahrung bringen können. Dasselbe berichtet Schultze.

Die Erklärungen für die so verschiedenen Ansichten liegen wie so oft auch hier wohl ganz zweifellos in der verschiedenen Begriffsauffassung der traumatischen Neurosen und in der verschiedenen Erklärung etwa vorkommender Selbstmorde.

Wenn man zahlreiche schwere Schädelverletzungen (selbst bei Kraepelin sind Schädelverletzungen ein sehr hoher Prozentsatz seiner traumatischen Neurosen) wegen neurotischer Beschwerden zu den Unfallsneurosen stellt, so wird man gelegentlich Suizid erleben. Ich glaube aber auch, daß in diesen Fällen doch die Annahme einer nicht erkannten organischen Affektion des Gehirns sehr viel näher liegt (vergleiche die Arbeiten über die Endschicksale der Schädelverletzten, z. B. die Studien von Brun aus der Krönleinschen Klinik!).

Ich habe stets grundsätzlich die Erscheinungen nach jeden ernsten Schädelverletzungen als organische Kommotionsfolgen und die Neurosen als reine Überlagerung aufgefaßt und beurteilt und hier größte Vorsicht in der Prognose walten lassen. Jedenfalls sind solche Kommotionsfolgen für die wissenschaftliche Erörterung der Frage, ob bei traumatischen Neurosen in der Folgezeit Suizid vorkommen könne, gesondert zu betrachten, und ohne Vorliegen einer gründlichen Untersuchung des Gehirns und einer besonders eingehenden Schilderung der Psyche des Falles (Psychiater zuziehen) einer Diskussion nicht zugänglich.

Auf der anderen Seite muß weiter berücksichtigt werden, daß unter den Leuten mit Unfalls- und Begehrungsneurosen zahlreiche Psychopathen zu finden sind, auch Alkoholiker, Degenerierte, so daß die bloße Angabe (wie bei Oppenheim) des späteren Selbstmordes zunächst vor jeder weiteren Erörterung der allersorgfältigsten Nachforschung bedarf. Sonst wird das hier besprochene Gebiet mit Angaben belastet, die an sich unkontrollierbar und deshalb völlig wertlos sind, weil sie den verschiedensten Deutungen unterworfen werden können.

Ganz ähnlich verhält es sich mit der verwandten Frage, ob aus der Stimmung der traumatischen Neurose schließlich eigentliche Psychosen im engeren Sinne des Begriffes hervorgehen können. Auch hier hat die ältere Literatur zahlreiche Fälle erwähnt, deren Beurteilung[1]) heute einfach ganz unmöglich ist, weil die Schilderung der Psychosen selbst gar nicht genügt und weil unsere Anschauungen in der Auffassung

---

[1]) In den Irrenanstalten findet sich nur eine sehr kleine Zahl solcher Fälle. Selbst sehr große Anstalten haben jahrelang nicht einen einzigen! Dabei bleibt dann außerdem das post hoc fraglich (siehe auch Schröder, S. 5—9, der auch auf die große Kritiklosigkeit der ältern Literatur hinweist. — Eine klare prinzipielle Scheidung nach den Gesichtspunkten Bonhöffers zwischen exogenen und endogenen Psychosen würde rasch die große Seltenheit wirklicher Unfallsneurosen in helles Licht setzen. Übrigens beleuchtet der Krieg die ganze Sachlage bereits schon deutlich genug.

und Klassifikation der Psychosen sich sehr stark geändert haben. Als wichtigstes Moment kommt aber dazu, daß aus den Krankengeschichten nicht zu entnehmen ist, ob es sich schon um vorher psychopathische Leute gehandelt hat, und das ist natürlich die Hauptsache!

Ferner ist das Auftreten einer Psychose nach schwerer Schädelverletzung nicht sonderbar, und auch unter meinen Begutachtungen vorgekommen. Aber für diese „Kommotionen" gilt selbstverständlich das gleiche, wie oben in der Suizidfrage gesagt worden ist.

Jedenfalls aber ist es eine starke Übertreibung, wenn *Oppenheim* (S. 187) geschrieben hat: „Zu allen Zeiten (!) sind diese Kranken besonders (!) von einer Gefahr bedroht: es kann sich auf dem Boden der traumatischen Neurose mit den gewöhnlichen psychischen Anomalien eine schwere Psychose unter der Form der halluzinatorischen Verwirrtheit oder Verrücktheit entwickeln, eine Transformation, die wir mehrfach zu konstatieren Gelegenheit hatten."

Auf diese Frage möchte ich an anderer Stelle etwas eingehender zurückkommen und hier nur noch zufügen, daß schweres psychisches Siechtum, das auch *Kraepelin* nach Unfallsneurosen angibt, gewiß vorkommen kann, wenn ethisch von vornherein minderwertige Leute durch jahrelange Prozesse auf dem Boden der jetzigen Gesetzgebung den größten psychischen Foltern ausgesetzt und leicht dem Alkoholismus zugeführt werden. *Eine ganz andere Frage aber ist es, ob Unfallsneurosen, die im ersten oder zweiten Jahr definitiv mit Kapitalabfindung erledigt werden, später wegen ihrer Unfallsneurose und nicht durch andere Gründe an eigentlichen Psychosen erkranken, und dafür dürfte es bisher kein Beispiel in der Literatur geben.* Dies aber ist der springende Punkt. Man darf doch gewiß in diesen Fragen nicht die unglaublichsten Artefakte unrichtigen ärztlichen und juristischen Handelns heranziehen, sondern muß reine Fälle zur Gewinnung wissenschaftlicher Ergebnisse verwerten.

Die Spannung der **Aufmerksamkeit** der Unfalls- und Begehrungsneurotiker erscheint als eine geringe, und dies ist in so hohem Grade typisch, daß man bei allen Prüfungen, z. B. auf Sensibilität, auf Gesichtsfeld, aber schon bei der gewöhnlichen Unterhaltung, die Leute zur Aufmerksamkeit immer wieder antreiben muß. Der Grund dieser Erscheinung könnte darin liegen, daß vorhandene Schmerzen oder Befürchtungen die Ablenkung der Aufmerksamkeit verursachen; dies kommt dann auch bis zu einem gewissen Grade vor. Je mehr man sich aber in die Psyche der Leute vertieft, um so sicherer wird die Überzeugung, daß eine Störung des Willens vorliegt. *Sie können nicht wollen oder wollen* nicht wollen. Das erstere liegt entschieden hier und da vor auf Grund berechtigter oder echter Depression, das letztere ist aber das weitaus häufigere. Diese Leute wollen sich absolut keine Mühe geben, um einen kranken Eindruck zu erwecken, um durch ihre Krankheit ihre Rechte zu vertreten. Das ist schon aus der allgemeinen Psychologie der hier in Rede stehenden Probleme eigentlich klar, zeigt sich aber auch im Einzelfall immer und immer wieder.

Schon die Angaben der Antworten sind vielfach unbestimmt und die Tatbestände verschleiert. Es wird mehr oder weniger bewußt alles dem Arzt zur Beurteilung schwer gemacht. Läßt sich aber der Arzt den

schlechten Willen und die scheinbare Abnahme des Aufnahmevermögens nicht gefallen, so sind bald auch die zuerst vorgetäuschten Sensibilitätsstörungen oder Gesichtsfeldeinschränkungen total verschwunden, auch wenn sie von früheren Begutachtern entdeckt worden waren.

In gleicher Weise zeigt sich auch bei dem Ausführen von Bewegungen, daß die Leute schwer zum Erfassen dessen zu bringen sind, was sie machen sollten. Ihre Ungeschicklichkeit übersteigt doch erheblich das landesübliche Maß. All diese Bestrebungen, durch Herabsetzung der Aufmerksamkeit den Zustand schwerer darzustellen, gestalten die Untersuchung zu einer ungeheuer mühsamen, so daß oft Unterbrechungen nötig sind. In vielen Fällen ist z. B. eine genaue Sensibilitätsuntersuchung oder Gesichtsfeldprüfung nicht durchzuführen, und man muß sich mit einer Orientierung begnügen. Niemandem kann es zweifelhaft sein, daß böser Wille hier mitspielt, sofern Dämmerzustände hysterischer Natur oder leichtere Störungen in gleicher Hinsicht durch das Gesamtverhalten ausgeschlossen werden können.

Von dieser bewußt verschlechterten Aufmerksamkeitsspannung bis zur offenkundigen, zweckbewußten Übertreibung und Simulation gibt es nun alle Übergänge. So erlebt man es häufig, daß regelmäßig von einer Anzahl gleichstarker Berührungen ein gewisser Abzug gemacht wird, beispielsweise immer 1—2 Berührungen von 6—8—10 nicht verzeichnet werden, oder, was noch schlimmer ist, daß direkt ein gewisser Prozentabzug, ein Rabatt, gegeben wird, statt 3 nur 2, statt 6 nur 4, statt 9 nur 6 Berührungen verzeichnet werden, und dies am ganzen Körper und bei sicher fehlender Sensibilitätsstörung. Es kommt hier eben der Wille zum Ausdruck, ja nicht etwa zuviel Normales zuzugeben. Auch bei mehr auf rein psychischem Gebiet ausgeführten Untersuchungen tritt die herabgesetzte Aufmerksamkeit stark hervor. Einfache Rechnungsaufgaben werden äußerst langsam erfaßt und dementsprechend schlecht oder nicht gelöst, so daß man öfters nach den leichtesten Prüfungen abbrechen muß, weil eine Leistung nicht zu erreichen ist.

Aus diesem Grunde der absichtlich verschlechterten Aufmerksamkeit mißlingt dann auch die bekannte Additionsmethode Kraepelins in der Mehrzahl der Fälle, weil zu minimale Leistungen Schlüsse nicht mehr gestatten (siehe darüber S. 107 u. 108).

In vollem Gegensatz zu dieser scheinbar so schlechten Aufnahmefähigkeit kann man an späteren Tagen oft zur Überraschung eine ganz gute **Merkfähigkeit** feststellen. Die Leute haben eben doch in sich aufgenommen, so wenig sie das in ihrem ganzen Benehmen verraten wollten. Sie kommen also jetzt beispielsweise auf einen leisen Vorwurf zurück, verteidigen sich lebhaft und erweisen sich als vollständig orientiert über das früher mit ihnen Besprochene. Diese gute Merkfähigkeit beleuchtet jetzt die frühere Aufmerksamkeitsstörung als eine gemachte.

Das **Gedächtnis** wird fast stets als schlecht bezeichnet, und der erste Eindruck pflegt für den Arzt auch immer derselbe zu sein. Dennoch kann von einer wirklichen Verminderung des Gedächtnisses bei sorgfältiger Prüfung nicht gesprochen werden. Alle Angaben gehen auch hier schließlich wieder auf die Unaufmerksamkeit zurück und auf die Absicht, die Sache schwer zu gestalten.

Dasjenige, was für die Verfechtung der Begehrungsvorstellungen dient, wird stets außerordentlich genau wiedergegeben, der Unfall mit Tag und

Stunde und alle Nebenumstände wörtlich genau, ebenso werden die Ansichten derjenigen, die sich auf die Seite der Rechtsansprüche stellen, angegeben. Auch ohne daß es sich um starkes Querulieren handelt, wird selbst vom zunächst als apathisch und unaufmerksam erscheinenden kranken Mann stets all das wunderbar erfaßt, was zu seinen Gunsten verwertet werden könnte.

Macht man aber eigentliche Prüfungen auf Gedächtnis, so bekommt man fast immer sehr schlechte Ergebnisse. So wird von dem eben gelesenen Zeitungsabschnitt fast nichts behalten, von der gestern mit dem Arzt geführten Unterhaltung nichts wiedergegeben, Zahlen oder Erzählungen, die im Gedächtnis zu behalten aufgetragen worden sind, als vergessen gemeldet. Die wirklichen Verhältnisse ergeben sich nur aus der sorgfältigen Beachtung des gewöhnlichen Lebens. So kann der Arzt im Lauf der Unterhaltung zahllose kleinere und größere, wichtige und unwichtige Einzelheiten aus dem Manne herausbringen, deren Festhaltung ein gutes Gedächtnis auch für die Dinge der letzten Vergangenheit zur Voraussetzung hat.

Insbesondere erlauben die Angaben, die vom Patienten der Krankenschwester oder den Mitpatienten gemacht werden, einen weit besseren Einblick über das Bestehen eines tatsächlich guten Gedächtnisses, und das auch bei Leuten, die dem Arzte gegenüber nicht genug von der Abnahme ihres Gedächtnisses reden können.

Daß ein Vergessen für kleine Aufträge des gewöhnlichen Lebens tatsächlich bestehen kann, soll damit niemals geleugnet werden. Sofern dies aber nicht schon früher bestanden hat (leider schwer festzustellen) und sofern nicht die absichtlich geringe Merkfähigkeit daran schuld trägt, beruht es auf dem Umstande, daß die Leute von der Vertretung ihrer Ansprüche so gefangen genommen werden, daß ein rasches Vergessen für nicht im eigenen Interesse gelegene Dinge durchaus verständlich erscheint.

Man denke doch nur daran, wie z. B. 12jährige Knaben für kleine Besorgungen des praktischen Lebens, die ihnen aufgetragen worden sind, vielfach ein ganz schlechtes Gedächtnis zeigen, so daß ihnen von Eltern und Verwandten eine geradezu „schreckliche Vergeßlichkeit“ vorgeworfen wird. Der gleiche Junge zeigt aber in der Schule für Sprachen, Mathematik und andere Dinge ein glänzendes Gedächtnis. Hier handelt es sich doch einfach darum, daß alles den Knaben lebhaft Interessierende ausgezeichnet haftet, das Uninteressante aber nicht, weil es den Schwellenwert des Eindruckes nicht erreicht. Und dahin gehören eben die Aufträge zu kleinen Besorgungen.

Ganz gleich verhält sich der Mann mit Unfalls- und Begehrungsneurosen. Das für ihn und die Verfechtung seiner Interessen Wichtige und Interessante haftet glänzend, das dazu im Widerspruch Stehende wird den Schwellenwert der Aufmerksamkeit und Beachtung nicht erreichen oder davon absichtlich ferngehalten. Eine eigentliche Störung des Gedächtnisses liegt aber darin gewiß nicht.

Die zeitliche und örtliche **Orientierung** ist meines Erachtens nicht gestört. Daß darüber oft auch verschleierte Angaben vorgebracht werden, darf nicht täuschen, denn das ist auf allen psychischen Gebieten bei den hier besprochenen Verhältnissen so. Wenn Kraepelin angibt, daß die Leute zeitlich nicht orientiert sind und ihr Geburtsjahr nicht angeben können, so kann ich darin nur Übertreibung oder glatte

Simulation sehen. Selbstverständlich müssen hier reine Unfallsneurosen der Besprechung zugrunde liegen, wie ich ja hier sogar alle stärker ausgeprägten Hysterien zunächst ausschließe. Aber die Angabe, die Kraepelin weiter macht, daß die Leute in ihrer gewohnten Umgebung sich ganz normal verhalten, schließt denn doch schon von vornherein jede Störung der Orientierung aus.

Die **Intelligenz** hat bei eigentlichen traumatischen Neurosen auch nicht gelitten und muß als vollkommen gut bezeichnet werden, sehen wir doch, daß von Natur aus schwach Beanlagte und Kinder das typische Bild einer Unfalls- und Begehrungsneurose mit ihrer allmählichen Entwicklung und Steigerung nie durchführen können. Ich kann es auch deshalb durchaus nicht zugeben, daß das Leiden zu fortschreitender Demenz führen könne. Der betreffende Fall 18 bei Oppenheim von fortschreitender Demenz mit Anfällen von Bewußtlosigkeit und hochgradiger geistiger Schwäche, mit Beeinträchtigungsideen, kann nie und nimmer ins Gebiet der reinen Unfallsneurosen eingereiht werden, ist aber seiner Natur nach wegen der ganz kurzen und durchaus unzureichenden Charakterisierung nicht zu beurteilen.

Bei den schweren Kopfverletzungen weist ein Auftreten von Demenz auf das Vorhandensein umfangreicherer Hirnveränderungen hin, also auf eine rein organische Basis. Hier handelt es sich dann allerdings öfters um fortschreitende Verblödung, so daß man solche Fälle früher als traumatisch bedingte Paralysen bezeichnet hat. Mit eigentlicher progressiver Paralyse hat das Leiden aber nicht das geringste zu tun, und auch dem Bilde der traumatischen Neurosen stehen solche Fälle, wie ich mich immer wieder überzeugen konnte, durchaus fern. Das Verärgerte, Verbissene, Querulierende fehlt ganz; Begehrungsvorstellungen bilden nur einen kleinen Teil des Gedankenkreises. Es sind das die Erkrankungen an posttraumatischer Demenz auf dem Boden schwerer organischer Hirnstörungen.

Noch unter anderen Umständen kann allmählich größere Vergeßlichkeit und Intelligenzabnahme bemerkt werden, wenn nämlich eine Atherosklerose in den Jahren nach dem Unfall allmählich stärker hervortritt. Ich halte trotz entgegengesetzter Anschauungen in der Literatur den zwingenden Nachweis nicht für geführt, daß das Trauma einen erheblichen Einfluß auf die Fortentwicklung der Atherosklerose entfaltet.

Wie gut bei den Unfallsneurosen die Intelligenz vorhanden ist, zeigt sich bei einer eingehenden Besprechung der Begehren. Da wird sorgfältig alles zu eigenen Gunsten Sprechende erwähnt, anderes, dagegen Zeugendes unterdrückt und bestritten. Kein Mensch stellt sich so stark auf Folgerungen zu eigenen Gunsten ein, wie der Mann mit traumatischer Neurose. Aus Gerichtsverhandlungen, ärztlichen Untersuchungen, von Mitpatienten, überall wird verwendbares Material zur Beweisführung herbeigeschleppt. Natürlich ist manches haltlos und bietet der Sonde der Kritik große Flächen des Angriffs. Aber das kann ja gar nicht anders sein, weil es sich doch um medizinische Fragen handelt, in denen das Urteil der Leute ja nur ein laienhaftes und damit halb kritikloses sein kann. und schließlich muß man selbstverständlich berücksichtigeu, daß auch manche der Patienten doch von Haus aus nicht allzu sehr beanlagt sind.

Von einer besonderen Leichtgläubigkeit der Unfalls-

neurosen kann meines Erachtens nicht gesprochen werden. Nicht ein einziges Mal wird es vorkommen (Unfallshysterie wird in diesem Abschnitt stets ausgeschlossen), daß von Mitpatienten oder der guten Frau aus der Nachbarschaft irgendwelche unfehlbar wirkende Mittel angenommen werden, auch wird nie ein Wunderdoktor oder Kurpfuscher[1]) um Rat angegangen. Die ganze etwa vorhandene, gewöhnlich aber doch nur bescheidene Leichtgläubigkeit geht immer nur sorgfältig in der Richtung eigener Interessen.

Damit bin ich schon ziemlich weit in den **Inhalt der Gedankenwelt** eingetreten. Hier sind es die Begehrungsvorstellungen, die alles andere überwuchert haben, und die Tag für Tag in dieser oder jener Form, bald offen und naiv, bald schlau verborgen oder leicht verschleiert zum Vorschein kommen. Deshalb ist die Klagsucht dem Arzt gegenüber eine ungeheuer entwickelte und der Wortschwall in der Verteidigung oder Anklagerede geradezu ein berühmtes Zeichen geworden, das nur bei den apathisch depressiven Formen zunächst nicht so hervortritt, durch ein eingehenderes Befragen sehr oft aber auch bei diesen Leuten ohne größere Schwierigkeit zur Auslösung gebracht werden kann.

Der Gedanke der Geldentschädigung oder Genugtuung beherrscht und tyrannisiert alles; er ist der angebetete Götze geworden, in dessen Dienst das Leben gestellt wird, dessen Heiligtum aber sofort oder nach kurzer Anstandspause nach der Kapitalabfindung zerstört wird.

Ich habe schon in früheren Abschnitten, auf die ich verweisen muß, eingehend gesagt, wie oft eine ganz bestimmte Summe zu erreichen als das vorgenommene Ziel erscheint, wie erbittert der Kampf um diese Geldsumme rücksichtslos und unter völliger Vernachlässigung aller ärztlichen Räte und unter Beseitigung auch ganz gewöhnlicher Vernunftgründe geführt wird. Daß bei so verbittertem Ringen die Logik recht oft eine schlechte ist, weil die Vernunft von den Begehrungsvorstellungen erschlagen worden ist, darf nicht wundernehmen und kann an sich allein niemals als fehlende Intelligenz bezeichnet werden.

Als Mittelpunkt des Gedankeninhaltes wird gewöhnlich die Unfähigkeit zur Arbeit hingestellt, und davon werden jetzt alle die Befürchtungen für die Zukunft abgeleitet. Die Besorgnisse für das Schicksal und das Los der Familie werden in düsteren Farben aufgetragen. Gewiß sind solche Befürchtungen zum Teil echt oder früher doch echt gewesen, wenn auch in bescheideneren Grenzen. Im weiteren Verlauf aber ist durch Autosuggestion, durch Verbohren in die Sucht um Geldentschädigung viel Unwahres und, sagen wir es offen, Gemachtes (über den bösen Willen solcher Leute s. S. 52 u. 103 ff.) hinzugekommen. Das ist natürlich nicht leicht für jeden Patienten zu beweisen; aber es ist bei richtiger Fassung des Begriffes Unfallsneurose doch allgemein gültig. Wie könnte es denn sonst sein, daß die gleichen Leute nach der Erledigung ihrer Ansprüche meist sofort wieder an der alten Arbeitsstelle bei dauerndem Vollohn stehen? Wie könnte es sonst geschehen, daß vielfach zu Hause eine ganz ordentliche Arbeitsgröße erreicht, diese Arbeit aber sofort eingeschränkt wird, wenn man sie zur Beweisführung für eine Rentenreduktion heranzieht.

---

[1]) Eine Angabe von Wimmer ist die einzige der Literatur. Es fehlt jedoch das Wichtigste, daß die Behauptung des Mannes, einen Kurpfuscher konsultiert zu haben, auch wirklich stimmt.

So kam ein Schiedsgericht nach zuverlässigen Erhebungen und nach eigenen Angaben einer Patientin zur Überzeugung, daß die Arbeitsfähigkeit doch mindestens 50 % betrage, weil die Hausgeschäfte besorgt, die Kuh gemolken, der Garten gepflegt und so noch allerlei Beschäftigungen durchgeführt würden. Dem war natürlich leicht abzuhelfen. Bald nachher wurde Rentenerhöhung beantragt mit der Begründung, das Melken der Kuh habe nicht mehr stattgefunden, der Garten sei nicht mehr besorgt worden.

Gar nicht selten erlebt man es auch, daß die Rentengenössigen, wenn die Prüfung der Rente herantritt, ihre Arbeit für einige Zeit aufgeben, sich ins Bett legen und sich wegen vager Beschwerden bei völlig negativem Befund ärztlich behandeln lassen, um ihren Ansprüchen eine solidere Grundlage zu geben und einer drohenden Rentenkürzung vorzubeugen. Das sah ich sogar dann eintreten, wenn die Leute Vollohn bezogen und zwar jahraus jahrein, aber doch noch eine Rente von früher her genießen und nun „natürlich" verteidigen müssen. An dieser Dominante der Begehrungsvorstellungen, der Geldsucht, scheitert auch jede ärztliche Belehrung. Der medizinischen Autorität wird in diesen Fällen selbst in Ländern, wo der Autoritätsglaube sonst noch sehr groß ist, nicht der geringste Glauben entgegengebracht. Hier feiert das Besserwissen des Laien dem Arzte gegenüber in ärztlichen Dingen (!) seine Triumphe und führt zu den schweren Anklagen über Inhumanität, Parteilichkeit, Abhängigkeit des Arztes und zu großen Zorn- und Wutanfällen des „Kranken". Hier sind die Zustände erreicht, die wir als Querulieren bezeichnen müssen.

Vielfach habe ich ja auch schon hingewiesen, wie unverschämt bei allen Begehrungsneurosen die angeblichen Rechte verfochten werden. Da kann man hören, „ein bleibender Nachteil muß unter allen Umständen herauskommen", als ob der Begriff „bleibender Nachteil" anders als ärztlich erwiesen werden könnte. Ähnliche, ebenfalls selbst erlebte Aussprüche auf diesen Gebieten kann ich in größerer Zahl zur Verfügung stellen. „Wäre ich nicht ein dummer Kerl," sagte einmal ein Überversicherter mit dem Bilde der Unfallsneurose zur Krankenschwester, „wenn ich jetzt schon gesund sein wollte, wo ich doch mehr Geld bekomme, als wenn ich arbeite." Und wie viele denken gleich, behalten es aber sorgfältig für sich!

Ganz bekannt ist in der Literatur auch die Erfahrung, daß bei gewissen Berufsarten, die im Winter nicht arbeiten können, vor dem Ende der Arbeitsmöglichkeit die Zahl der Kranken gewaltig zunimmt[1]). Ich habe dies besonders für die Bleivergiftungen der Maler schon erwähnt (S. 36), und diese Leute bieten dann auch in ihren Klagen stets die Vollbilder einer Neurose.

So macht man auch die Erfahrung, daß bei Beginn eines Streikes eine große Zahl sich sofort krank meldet. Das ist so allgemein bekannt, daß man gelegentlich in Zeitungen[2]) solche Angaben als etwas ganz Selbstverständliches erwähnt findet, etwas, worüber niemand erstaunt ist.

---

[1]) Perutz (Zeitschr. f. soziale Med. Bd. IV) für das Baugewerbe. — Doelleken: „Winter 1901/1902 bei geringer Nachfrage nach Arbeit verschlimmerten sich viele Unfallsneurosen."

[2]) Neue Züricher Zeitung 1915, Nr. 378 (Hafenstreik): „Die boykottierende Mannschaft simuliert Krankheit, um nicht den auf Desertion ruhenden Strafen zu verfallen." — Neue Züricher Zeitung 1912, Nr. 87 (Streik der rheinisch-westfälischen Bergarbeiter): „Ein Teil meldete sich in den kritischen Tagen krank."

So wird mit unglaublicher Energie und Willenskraft bei den traumatischen und Begehrungsneurosen das klar umschriebene Ziel des Gedankenkreises verfolgt. Und diese Leute, so liest man es in fast allen Schilderungen dieser „Krankheit“, seien energielos, willensschwach, ohne Ausdauer, leicht ablenkbar!!

Einen größeren Irrtum kann es doch wahrhaftig gar nicht geben. Hier tritt uns doch der zielbewußte Wille und die größte Tatkraft, die man sich denken kann, im Verfolgen eigener Interessen entgegen! Aber freilich ist es nötig, nicht nur das äußere Bild des apathischen, in düsterer Resignation dasitzenden Mannes als gegebene Größe hinzunehmen, sondern durch eingehende Erforschung der inneren Gedankenwelt den Kern der Sache herauszufinden.

Ich gebe gerne zu, daß an diesem Kern oft etwas Richtiges ist, aber gewöhnlich hat er eine dicke Schale von unberechtigten äußeren Beigaben der größten Selbstsucht, und diese Schale bekommt mit der Zeit so starke Jahresringe an Zuwachs, daß in der Tat später diese Nuß für den Arzt und Begutachter recht schwer zu knacken wird. Doch muß ich über den **Willen** dieser Leute noch eingehender sprechen.

Ganz im Gegensatz zu der früher üblichen Darstellung von der Willenslosigkeit und Energielosigkeit und von der fehlenden Ausdauer, sehen wir bei allen Begehrungsneurosen einen kolossal entwickelten, zielbewußten Willen. Jede nennenswerte Arbeitsleistung wird vermieden, keinerlei Tätigkeit durchgeführt bis zur Erreichung des Zieles, und mag es auch jahrelang gehen. Jeder ärztliche Appell prallt wirkungslos ab, oder ein schwächlicher Arbeitsversuch wird nur unternommen, um sofort wieder abgebrochen als Beweis der Arbeitsunfähigkeit herangezogen zu werden. Daher versagen auch alle Untersuchungsmethoden, die irgendwie vom Willen abhängig sind. Am Dynamometer sind die Druckwerte minimal, im Verhältnis zur oft herkulischen Muskulatur einfach lächerlich, und recht häufig wird gar kein Zeigerausschlag gedrückt. Ebenso sind die Leistungen an Ergogrammen kläglich. Aber schon der Händedruck pflegt kraftlos zu sein; freilich trifft man hier doch gelegentlich noch einen gewissen Kraftwert, der dann im Widerspruch zu dem Ergebnis des Dynamometers steht. Bei der Untersuchung auf die Kraft der Glieder, z. B. bei Streckung und Beugung der Arme oder Beine, überzeugt man sich klar von dem Willen, keine Kraft zu demonstrieren (alias Kraftlosigkeit!). Entweder wird jede Innervation völlig vermieden und nur die dem Glied gegebene Lage innegehalten, oder häufiger noch werden die Antagonisten so stark innerviert, daß selbst dem kleinsten Widerstand gegenüber (z. B. dem kleinen Finger des Arztes) keine Arbeitsleistung herauskommt. Dabei kann der Arzt durch Zusehen und Fühlen an den Muskeln während des Kraftversuches leicht nachweisen, daß die Agonisten der befohlenen Bewegung keinen oder sehr geringen Willensimpuls erhalten, aber die antagonistischen Muskeln hart gespannt sind.

Noch zwei andere Wege gibt es, um die gleiche bewußt unrichtige Kraftverteilung nachzuweisen. Man läßt jetzt plötzlich und unerwartet den der befohlenen Streckung oder Beugung entgegengesetzten Widerstand los, so daß normalerweise ein Ausfahren des Gliedes erfolgen sollte, hier aber deshalb nicht oder äußerst gering zustande kommt, weil eben die Hauptkraft in die Antagonisten verlegt worden ist. Mitunter erfolgt statt des Ausfahrens sogar ein Zurückziehen. Dieser Versuch wird

gewöhnlich die Hößlinsche Probe genannt. Zahlreiche Autoren haben aber unabhängig und zum Teil schon vor Hößlin auf Grund naheliegender Überlegungen die gleiche Probe angestellt. Auch ich verwende sie seit vielen Jahren, ohne von den Angaben in der Literatur etwas gewußt zu haben.

Man kann aber den Versuch zweckmäßig noch weiter entwickeln. Statt plötzlich den Widerstand aufzugeben, versucht der Arzt während des Versuches rasch und unerwartet mit der anderen Hand nun selbst aktiv die verlangte Bewegungsleistung durchzuführen und findet nun erst recht den großen Widerstand des zu Untersuchenden, der eben alles getan hat, um durch Innervation der antagonistischen Muskulatur die Arbeitsleistung nicht zustande kommen zu lassen, so daß sie jetzt bei der Probe auch dann nicht erreicht wird, wenn der Arzt selbst plötzlich in gleicher Richtung mitzieht.

Indem man jetzt den Versuch erst mit der Beugung, dann mit der Streckung eines Gliedes und allmählich an zwei oder allen vier Gliedern vornimmt, kann man sich absolut sicher überzeugen, daß der „Patient“ tatsächlich enorme Kraft in den Beugern hat, wenn er die Strecker gebrauchen sollte, und ebenso enorme Kraft in den Streckern, sowie man ihm aufgibt, die Beuger anzuspannen, und dieser Nachweis läßt sich natürlich für sämtliche Muskeln am ganzen Körper schließlich erbringen.

Damit ist nun eine außerordentlich wichtige Feststellung erfolgt, die absolut unangreifbar ist, nämlich, daß alle Muskeln zur größten Kraftleistung fähig sind, und es bleibt nur die Frage zur Erklärung übrig, warum die Kraft stets in entgegengesetzter Weise verwendet wird, als dem Patienten bei der Prüfung aufgegeben wurde.

Eines aber ist auch ohne weiteres klar, es muß eine Störung des Willens vorliegen, ein entweder Nicht-wollen-können oder ein Nicht-wollen-wollen; denn wie man sich jederzeit an Gesunden überzeugen kann, ist bei solchen Prüfungen der Muskeln das Ausfahren nach Nachlassen des Widerstandes ein gewaltiges, das öfters sogar zu Selbstverletzungen führt, und ebenso ist auch die Ausführung der befohlenen Bewegungen, wenn der Arzt nun selbst unerwartet in der befohlenen Richtung mitarbeitet, unter Aufgabe des Widerstandes des Untersuchers, so kraftvoll, daß es gelegentlich zu nicht unbeträchtlichen, freilich rasch abklingenden Schmerzen wegen Überstreckung der Gelenke kommt.

Für mich steht diese Tatsache nach ungezählten Versuchen unumstößlich fest. Oppenheim (Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 28, Diskussionsbemerkung) meint freilich, es handle sich bei diesen Versuchen um Perseveration. Es könne eine tonische Innervation nach Wegfallen eines Widerstandes nicht sofort unterbrochen werden. Die Untersuchung an Gesunden ergibt aber die Unrichtigkeit dieser Annahme. Gelegentliche Ausnahmen sind nur scheinbar und beruhen, wie gleich gezeigt werden soll, auf Versuchsfehlern oder besonderen Verhältnissen, die natürlich sorgfältig berücksichtigt werden müssen.

Der gleiche Versuch wird übrigens als Methode von Stewart und Holmer bei der Prüfung auf Kleinhirnhypotonie ausgeführt. Eine Hypotonie wird als vorhanden angenommen, wenn bei Armbeugung gegen Widerstand und plötzliches Nachlassen dieses Widerstandes der Patient eine ganz exzessive Beugung macht und man den „Rückschlag“, der

normalerweise stattfindet, vermißt oder doch nur sehr schwach ausfallen sieht (vgl. unten!).

Ich kann übrigens angeben, daß selbst bei Patienten mit Myotonia atrophica, bei denen bekanntlich die fest geschlossene Faust nicht sofort geöffnet werden kann, diese Untersuchungen auf Agonisten und Antagonisten stets wie bei Gesunden ausfallen, so daß selbst hier, wo eine Perseveration in einzelnen Muskelgebieten krankhafterweise besteht, keine Abweichung in anderen Muskelgebieten vorhanden ist.

Eine kritische Anwendung der Probe ist nun allerdings nötig. So muß selbstverständlich der Patient genau wissen, was er zu tun hat. Am besten zeigt man ihm die Sache so, daß der Patient zuerst den Streck- und Beugebewegungen des Arztes Widerstand leisten soll. So erfolgt eine sichere Einsicht in die Ausführung der Prüfung und kann die Ausrede des Nichtverstandenhabens nicht mehr mit Recht vorgebracht werden. Manche Prüfungen fallen tatsächlich unrichtig aus, weil die Leute nicht begriffen haben und z. B. bei dem Ausstrecken des gebeugten Armes den Vorderarm nicht ausstrecken, sondern mit dem Ellbogen nach unten drücken oder mit dem ganzen im Ellbogen gebeugten Arm nach rückwärts ziehen.

Das Nichtverstehen kann gelegentlich natürlich auch darauf beruhen, daß die Leute in leichtem Dämmerzustande oder in Depression sich befinden. Das kann aber nur bei Unfallshysterie und nicht bei eigentlichen Begehrungsneurosen vorkommen und ist aus dem ganzen Allgemeinverhalten des Kranken doch stets ohne jede Schwierigkeit festzustellen. Um gegen jeden Einwand gefeit zu sein, wird man die Probe überhaupt nur dann vornehmen, wenn die Leute zur Zeit der Untersuchung gut reagieren, und wird daher bei apathischem Hinbrüten zunächst bessere Momente abwarten.

Ein unrichtiges Ergebnis kann ferner zustande kommen, wenn in dem zu prüfenden Gliede schmerzhafte Veränderungen bestehen oder der Patient fürchtet, bei Bewegungen Schmerzen zu bekommen. Alsdann muß die Probe in anderen Gliedern vorgenommen werden.

Fehler können sogar normalerweise dann entstehen, wenn der zu Untersuchende von vornherein weiß, daß durch den plötzlichen Nachlaß des Widerstandes und zu starkes Ausfahren eine Überstreckung mit Schmerz stattfinden könnte. Bei dieser Befürchtung wird er sofort auch die Antagonisten mehr als sonst anspannen, um gleich nach Ausschaltung des Widerstandes ein zu starkes Ausfahren rasch unterbrechen zu können. Nachdem die Proben mehrfach gemacht sind und eventuell einmal Schmerzen auftreten, wird man daher nicht überrascht sein, wenn der normale Rückschlag, das baldige Einsetzen der Antagonisten nach dem ersten kräftigen Ausfahren, rascher eintritt. Nur in diesem Sinne kann daher die obenerwähnte Probe von Stewart und Holmer klinischen Wert beanspruchen, wenn sich auch nach mehreren gleichsinnigen Proben ein abnorm starkes Ausfahren ergibt. Die ersten Versuche an sich sind nicht beweiskräftig. Auch bei Hysterie kann man ein Fehlen der Kraftentfaltung sehen, es bleibt aber auf lokalisierte Bewegungen oder einzelne Glieder beschränkt und ist niemals eine allgemeine Erscheinung, sofern nicht stark depressive oder gar Dämmerzustände vorliegen.

Bei Berücksichtigung aller dieser so außerordentlich leicht verständlichen Fehlerquellen wird die Agonisten-Antagonisten-Probe eine der wert-

vollsten Untersuchungen zur Prüfung des Willens und der Glaubwürdigkeit darstellen, ja geradezu unentbehrlich erscheinen. Leider hat eine kritische und genügend eingehende Prüfung dieser Proben bei den Unfallsneurosen und Begehrungsneurosen bisher meines Erachtens nicht stattgefunden. Immerhin ist doch in der Literatur das auffällige Mißverhältnis zwischen der Kraftleistung und dem Auftrag zur Kraftentfaltung mehrfach betont worden, namentlich ist dabei die Verlegung der Kraft in die Antagonisten besonders erwähnt. Die reine Konstatierung des Befundes ohne weitere psychische Untersuchung des Phänomens gestattet aber vorläufig noch keinen Schluß. Die ganze Klärung der Erscheinung muß so vorgenommen werden, wie das oben entwickelt worden ist.

Die Nichtausführung des Willensimpulses ist bisher mehrfach anders als von mir eben erklärt worden. So vertrat Oppenheim schon 1892 die Theorie seiner Akinesia amnestica, der er gerade heute wieder in der Bearbeitung der Kriegsneurosen eine besondere Bedeutung beilegt. Es würde sich also darum handeln, daß der Patient durch irgendwelche Vorgänge die Erinnerungsbilder an die Bewegung verloren habe. Diese auf dem Gebiet der Hysterie auch von anderen Autoren (Romberg) besonders oft ausgesprochene Vorstellung ist aber doch nur ein Erklärungsversuch, der zu sehr an den bildlichen Vergleich des gewöhnlichen Vergessens erinnert. In einem Vergleich liegt aber niemals eine Erklärung. In ganz gleicher Gedankenrichtung bewegt sich auch die Vorstellung von Binswanger über eine unrichtige Verteilung der Energie für die Muskeln.

Dabei ist auch von den Anhängern dieser Theorie des Vergessens stets zugegeben worden, daß unter dem Einfluß von Affekten die Bewegung unbewußt wieder auftreten könne. Auch dafür liegen in der Literatur sichere Beweise vor, und jeder Begutachter hat sicher wohl selbst schon vor Augen gehabt, daß unter dem Eindruck großer Affekte die schwersten Hemmungen in der Funktion der Muskeln schwinden. Bekannt ist als extremes Beispiel (Page) jene hysterische Astasie-Abasie mit jahrelangem Bettliegen, bei der die Kranke unter dem Schreck eines Hausbrandes das brennende Gebäude sofort verlassen konnte.

Meines Erachtens liegt aber eine Amnesie, ein Auslöschen der Erinnerungsbilder für die Muskelbewegungen gar nicht vor. Es ist nicht ein Minus, sondern ein Plus, das in diesen Fällen vorliegt. Es handelt sich um die Herrschaft der überwertigen Vorstellung, daß die Bewegung nicht ausgeführt werden könne, und diese Vorstellung ist in der Mehrzahl der Fälle durch schmerzhafte Empfindungen beim Ausführen der Bewegungen psychogen großgezüchtet worden (vgl. z. B. Schuster, Neurol. Zeitschr. 1916).

Nicht ein Ausfallen der Erinnerungsbilder, ein Auslöschen liegt vor, sondern ein höchst aktiver, oft unbewußt tätiger psychogener Faktor, der dem Befehl zur Ausführung der Muskelbewegung sein gebieterisches Nein entgegensetzt. Wird nun dieser starke psychogene Faktor durch einen noch stärkeren überwältigt (Schreck, Todesangst), so sind sofort die Bewegungen wieder möglich, und zwar ohne jede Störung oder Schwäche. Mithin hat es sich in den hier besprochenen, nicht seltenen Fällen um eine psychogene Hemmung des Willens gehandelt.

Recht oft gelingt es daher, die angeblich unmögliche Bewegung in anderer Körperstellung, z. B. in Bauchlage statt in Rückenlage, sofort

zu erhalten, selbstverständlich nur deshalb, weil der Patient nach der Lageveränderung in seiner Psyche nicht mehr die Vorstellung hat, daß er jetzt die gleiche, vorher unmögliche, schmerzhafte Bewegung ausführe. Er ist also jetzt von dem dämonischen Einfluß seiner Vorstellung befreit. Wenn er nun aber, wie so oft, sofort, nur in anderer Körperlage, genau die gleiche Bewegung ausführen kann, die vorher nicht gegangen ist, so kann es sich doch sicherlich nicht um einen Ausfall von Erinnerungsbildern für die Bewegung, nicht um eine Akinesia amnestica handeln.

Wenn man solche Zustände trifft, so ist in erster Linie an Hysterie zu denken, bei der eben unter der Herrschaft von Vorstellungen sehr vieles aktiv durch entgegengesetzte bewußte oder unbewußte Willensimpulse unmöglich gemacht wird. In einem anderen Teil der Fälle handelt es sich um Herrschaft affektiver Vorstellungen, die zwar auch krankhafter Natur sind, aber nicht ohne weiteres als hysterisch bezeichnet werden müssen. Endlich kommt natürlich Übertreibung und glatte Simulation mit in Betracht.

Es spricht deshalb keineswegs gegen eine hysterische oder doch wenigstens psychogen lokalisierte Lähmung oder Parese, wenn das Bein in Rückenlage anders gehalten wird als beim Gehen, ein Verhalten, das Oppenheim bei seinen Kriegsneurosen, wie sicherlich viele andere Autoren, öfters getroffen, und dann als Akinesia amnestica und bei verwandten Zuständen als falsche Innervation beschrieben hat. Seit langer Zeit ist es bekannt, daß bei der hysterischen Lähmung nicht die Muskeln als solche gelähmt sind, sondern daß die Lähmung nur eine bestimmte Bewegungsvorstellung betrifft, während bei anderer Bewegung die gleichen, vorher scheinbar gelähmten Muskeln sich als tadellos tätig erweisen.

Die Agonisten-Antagonisten-Probe kann aber an so zahlreichen Bewegungen des Körpers und der Glieder geprüft werden, daß ihr Ergebnis nicht zweifelhaft bleiben kann, wenn selbst, wie nicht selten bei Hysterien, ein Glied unter der Herrschaft einer psychogen bedingten Hemmung steht.

Wie nun bei dieser einfachen Prüfung auf Muskelarbeit der Wille des zu Untersuchenden geprüft wird, so kann selbstverständlich in unzähligen Formen auch auf geistigen Gebieten die Arbeitsleistung und damit der Wille untersucht werden. Einen Vorzug hat aber die Agonisten-Antagonisten-Probe: sie setzt keine Vorkenntnisse voraus, gelingt auch bei geringer Kraft, läßt sich so anstellen, daß der Patient nicht von vornherein genau weiß, daß auf das Ergebnis besonderer Wert gelegt wird, wie z. B. bei Ergogrammen oder Prüfungen auf geistigem Gebiete.

Im Gegensatz dazu wissen wir beim Prüfen von Rechnungsaufgaben nie oder fast nie, ob nicht die Leute eben einfach vorher schon infolge ungenügender Schulbildung oder geringer geistiger Fähigkeit ganz schlecht gerechnet haben. Ganz besonders gilt dieser Einwand auch für die Ausführung schriftlicher Arbeiten, die in manchen Begutachtungen nur mit großer Kritik verwertet werden können. Gegenüber der früher erwähnten Additionsmethode von Kraepelin ist ein nicht hoch genug zu veranschlagendes Moment von entscheidender Bedeutung: das Ergebnis ist sehr rasch klar, schaltet die Ermüdung aus, hat mit Übung nichts zu tun, da selbst schwächliche Leute auf normale Weise reagieren.

Freilich ist es ja gerade ein Vorzug der Additionsmethode, daß sie Übungsfortschritt und Ermüdung festzustellen gestattet. Bei den trau-

matischen Neurosen aber versagt sie in der großen Mehrzahl der Fälle, weil die Leute sich eben einfach nicht so lange an die Arbeit fesseln lassen oder fesseln lassen wollen, weil sie sich sonst als zu leistungsfähig erwiesen. Wie Plaut schreibt, scheidet die Mehrzahl aller Beurteilungen mit der Additionsmethode aus, weil eine genügende Leistung nicht erreicht werden kann. Bei anderen ist auch eine Ermüdung und ein Übungsfortschritt nicht zu verzeichnen. Die zunächst bestechend sichere Methode, die große Hoffnungen mit Recht erwecken durfte, ist an ihrer Voraussetzung einer längeren Arbeitsleistung gescheitert. Meines Erachtens legt ihr Kraepelin in seiner neuesten Darstellung der Unfallsneurosen doch eine Bedeutung bei, die sie praktisch für Unfallsneurosen nicht hat, und nur in vereinzelten Fällen erreichen wird. In der Tat hat Plaut die angestellten Untersuchungen selbst aufgegeben, wie er mir brieflich mitteilt, da gegenüber dem fehlenden Willen bei den Begehrungsneurosen nicht aufzukommen ist, und der Ausrede der geistigen Ermüdung beim Versuchsabbruch doch nie mit absoluter Sicherheit entgegengetreten werden kann. Deshalb scheint mir die ganz kurzdauernde Prüfung einer körperlichen Kraftäußerung zur Prüfung auf den Willen viel sicherer, besonders weil der Patient bei der körperlichen Prüfung ganz und gar nicht eine Prüfung auf psychischem Gebiet erwartet.

Vom Willen der Leute mit Begehrungsneurosen ist ferner folgendes zu sagen. Sie verweigern in einem Umfang die ärztliche Behandlung, wie wir das im ganzen Gebiet der ärztlichen Wissenschaft (schwere Psychosen ausgenommen) sonst nirgends auch nur entfernt ähnlich sehen. Mit größter Bestimmtheit wird namentlich jede Operation abgelehnt. selbst wenn es der kleinste Eingriff wäre, und erhebliche Besserung brächte. Jede Beeinflußbarkeit durch den Arzt hat aufgehört. Die Therapie war denn auch stets als machtlos geschildert worden. Aber eine, wie ich gesagt habe, kausale Therapie gibt es doch: die definitive Erledigung auf Grund einer einmaligen Kapitalabfindung. Ich möchte nicht so weit gehen, dies einfach als Geldheilung zu bezeichnen.

Gewiß spielt die Auszahlung einer schönen Geldsumme die Hauptrolle. Aber daneben kommt eben doch die beruhigende Wirkung einer endgültigen Aus-der-Welt-Schaffung des Kampfes, die Erreichung einer Art Genugtuung gegenüber zum Teil nicht begründeten Verdächtigungen zur Wirkung. Wir standen ja stets auf dem Standpunkt, daß Wahrheit und Dichtung mit außerordentlich stark wechselndem Grade der Verteilung auf diese beiden Anteile den Begehrungsneurosen zugrunde liegen. Auf beide Komponenten wirkt die Erledigung in gleicher Weise günstig ein.

Als weitere Äußerung des festen Willens unter der Herrschaft der Begehrungsvorstellung ist dann besonders das querulierende Benehmen der länger in der Schwebe befindlichen Fälle zu erwähnen. Der Kampf, den der Arzt da zu bestehen hat, gehört zu den widerwärtigsten der ganzen Medizin. Natürlich wird derjenige von diesen unangenehmen Seiten nicht berührt, der in großer Vertrauensseligkeit nirgends Übertreibung oder gar Simulation sieht und jede Untersuchung in dieser Richtung unterläßt.

Die fabelhafte Ausdauer verrät sich auch in dem ewigen Einlegen von Berufungen, bis die letzte Instanz entschieden hat, auch wenn die steten Aufregungen durch den Prozeß noch so sehr schädlich wirken. Bei den Rentengenössigen ist auch jetzt noch kein Ende erreicht, denn

schon nach allerkürzester Zeit erfolgt Berufung[1]) auch gegen den höchsten Gerichtsentscheid, weil Verschlimmerung eingetreten sei, und die Sache beginnt von neuem.

Von den wirklich haarsträubenden Zuständen in dieser Beziehung macht sich niemand eine richtige Vorstellung, der in Ländern mit gesetzlicher Kapitalabfindung lebt. Anders als unglaubliche Zähigkeit des Willens kann man es auch nicht auffassen, wenn jede autoritative ärztliche Ansicht, die gegen die Wünsche des Untersuchten ausfällt, einfach abgelehnt wird. Die Ausdauer des Willens verrät sich vor allem aber noch in der stetigen Steigerung der Krankheitsklagen, die immer nur zunehmen, nie abnehmen. Daher wird denn auch in übereinstimmender Weise von allen Autoren als charakteristisch angegeben, daß die Leute ihr Leiden stets als immer schlimmer und schlimmer und fast nie auch nur in den kleinsten Zügen als gebessert bezeichnen.

Die ungeheure Zähigkeit des Willens liegt auch in der gewollten Verschärfung der Situation durch völlige Entfernung von jeder Arbeit, die vor endgültiger Erledigung aller Ansprüche nur bei den schwach ausgeprägten Fällen der Begehrungsneurosen aufgenommen wird, während die länger Kämpfenden mit Sicherheit auch den letzten Rest ihrer Arbeitsverwertung brach liegen lassen, selbst wenn in der Familie augenscheinliche Not und Armut einkehren, die wiederum nicht selten nur zur Begründung der Arbeitsunmöglichkeit vorgebracht werden.

Die **Affekte** bei den Unfalls- und Begehrungsneurosen sind auch bei scheinbar ruhigen und depressiven Leuten stark ausgesprochen. Sie kommen ins Feuer bei der Erörterung ihrer Ansprüche, bei der Erzählung des Unfallsherganges, bei der Schilderung der „unfähigen und ungerechten" Ärzte, die bisher das schwere Leiden verkannt hatten. Diese Affekte können zu großen Zorn- und Wutausbrüchen führen, bei denen die Analyse über Wahrheit und Dichtung ganz besonders schwierig ist und oft nicht über eine gewisse Wahrscheinlichkeit über die Echtheit des Affektes hinauskommt.

Daß solche Affekte auch nach Erledigung der Ansprüche noch stark nachklingen können, ist kein Wunder. Veraguth hat dies sogar graphisch durch die Verwendung seiner psychogalvanischen Reflexmethode bei Benutzung von Assoziationen gezeigt. Bei dem betreffenden Manne, den ich auch persönlich kannte, handelte es sich aber um einen durchaus anständigen, ganz unzweifelhaft brutal entlassenen Unfallshysteriker (Stotterer), so daß das jahrelange Festsitzen der Affekte gerade hier nicht erstaunen kann.

Die **Allgemeinempfindungen** psychogener Art bei den Unfalls- und Begehrungsneurosen werden gewöhnlich als sehr stark ausgesprochene Mißempfindungen angegeben. So wird ganz besonders häufig über Kopfweh, Schwindel, Schlaf- und Appetitstörung, schwere unruhige Träume geklagt und so bildet die Ausmalung all dieser Störungen einen wesentlichen und stark betonten Teil der Klagebegründung.

[1]) Bernhard: 1911 hatten die Schiedsgerichte in Deutschland 130 373 Streitfragen zu beurteilen, davon 42 120 Rekurse. 1911 wurden über 170 000 Prozesse allein in Unfallsachen geführt. In der gewerblichen Unfallversicherung wurde in 30,3 %, in der landwirtschaftlichen in 18,4 % Rekurse eingereicht. Davon wurden nicht weniger als 82,4 % Rekurse bei der Unfallversicherung und gar 88,5 % bei der Invalidenversicherung abgewiesen.

Berücksichtigen wir zunächst die Kopfschmerzen, so handelt es sich meist nicht um lokalisierte Beschwerden, außer wenn ein Schädeltrauma stattgefunden hat. Dann werden die Schmerzen, wie das bei der psychogenen Entstehung selbstverständlich ist, in die Umgebung der Verwundung verlegt. Sonst aber herrscht mehr der allgemeine Kopfdruck und der allgemeine Kopfschmerz, der durch jede Aufregung, schlechtes Wetter, unruhigen Schlaf bedeutend zunehmen soll. Gewiß sind derartige Beschwerden nicht selten vorhanden. Immerhin fällt auf, daß sie oft mit dem allgemeinen Verhalten der Leute nicht so recht übereinstimmen. Aber das darf zunächst nicht wundernehmen, und ist bei der psychogenen Entstehung gar nicht anders zu erwarten, muß vielmehr so sein. Vor ungerechten übereilten Schlüssen auf das Nichtbestehen der Kopfschmerzen muß der begutachtende Arzt sich daher sehr hüten, selbst wenn einmal das ungezwungene Benehmen der Leute und das Fehlen aller Klagen gegenüber Krankenschwester und Mitpatienten erstaunt. Immerhin darf man in dem letzteren Fall doch den Schluß ziehen, daß die Schmerzen nicht so heftig und dauernd sind, um jede Arbeit unmöglich zu machen. Wie alle psychogenen Kopfschmerzen verschwinden sie eben bei Ablenkung und besonders bei der Arbeit.

Für die Stärke kann es selbstverständlich nie ein bestimmtes Maß geben. In der Beurteilung ist aber sehr viel Wert darauf zu legen, wie weit die Beschwerden in glaubwürdiger Weise auch Mitpatienten und Krankenschwestern mitgeteilt werden. Sodann ist natürlich das Allgemeinbenehmen der Leute sehr im Auge zu behalten, namentlich ihr Verhalten zur Zeit solcher Schmerzen, z. B. ihre Empfindlichkeit gegenüber Geräuschen, gegenüber Licht, das Versagen der Nahrung, das frühe Aufsuchen des Bettes, der Gesichtsausdruck usw.

Recht häufig ist, wie bei Schmerzen aller Art, die Angabe, daß vor dem Umschlag der Witterung eine Steigerung auftrete. Läßt man sich solche Angaben aber fortlaufend notieren, so kann man sich doch öfters überzeugen, daß eine wirkliche Parallele zwischen Kopfschmerzen und Witterungswechsel nicht besteht, oder doch starke Ausnahmen kennt. Solange aber unsere Kenntnisse über den Einfluß der Witterung auf das psychische Befinden bei Gesunden und Kranken wissenschaftlich so unbestimmt und unsicher sind, und sich nicht über allgemeine Vorstellungen erheben, kann selbstverständlich auf diesem Gebiet kein wissenschaftliches Urteil abgegeben werden.

Häufig lauten die Klagen auch auf Schwindel. Auch hier ist es mit der Untersuchung übel bestellt. Der Kranke neigt bei den eigentlichen Proben auf Schwindel stark zur Übertreibung, und zwar auch dann, wenn man allen Grund hat, an das wirkliche Bestehen von Schwindel zu denken. Macht man z. B. unmittelbar nach der Klage auf Schwindel die Prüfung des Rombergschen Phänomens, so wird kaum einer nicht schwanken, zum Teil, weil er sich sonst selbst eigentlich sagen müßte, der Arzt würde beim Nichtfinden von Schwindel an Übertreibung denken.

Es ist daher durchaus nötig, die Prüfung unauffällig vorzunehmen, bei abgelenkter oder bewußt in anderer Richtung gelenkter Aufmerksamkeit. Man soll daher stets nach der Prüfung der Augenmuskelbewegung durch Verhalten der Augen auf Rombergsches Zeichen prüfen; noch viel besser ist die Untersuchung im Röntgenzimmer.

Eine Zeitlang war das Schwanken bei dieser Probe ganz allgemein bekannt und wurde daher auch allgemein angetroffen. Mehrere Autoren geben aber heute an, daß dieses Symptom aus der Mode gekommen ist, seitdem die Ärzte nicht mehr so großen Wert darauf legen. Auch ich bin von der Richtigkeit dieser Angabe vollständig überzeugt. Es ist also mit dem Rombergschen Zeichen ganz gleich gegangen, wie mit vielen anderen solcher unfehlbaren Symptome. Sobald nicht mehr so eifrig und hartnäckig nach ihnen gesucht wird, kommen sie aus der Mode und werden nicht mehr entfernt so oft angetroffen wie früher. Bei der psychogenen und nichtorganischen Natur des Pseudo-Romberg bei Neurosen kann es nicht anders sein und muß es geradezu so sein. Hüte man sich aber vor der Annahme, es sei also früher gewöhnlich übertrieben oder simuliert worden, obwohl das gewiß nicht selten der Fall war. Ist es doch charakteristisch, daß in der Monographie von Oppenheim einzig und allein nur vom Rombergschen Zeichen angegeben wird, es könne auch simuliert werden!

Die psychogene Entstehung dieses Pseudo-Romberg läßt sich sehr gut dadurch beweisen, daß die Erscheinung bei anders gelenkter Aufmerksamkeit fehlt, ferner durch die Tatsache, daß das Symptom bei Neurosen übertrieben stark und übertrieben schnell auftritt, stärker sogar als bei organischen Leiden. Bei diesen letzteren hört es sofort auf, wenn der kleine Finger einen nahegelegenen Stuhl oder Tisch auch nur fein berührt. Der psychisch bedingte Schwindel hört aber bei dieser Modifikation des Versuches nicht immer auf, schwächt sich aber doch meistens erheblich ab, während bei Simulation und starker Übertreibung der Pseudo-Romberg ganz gleich stark wie ohne feines Berühren eines festen Gegenstandes anhält.

Der Schwindel kann sich gelegentlich einigermaßen objektivieren durch Auftreten von Blässe des Gesichtes; aber auch wenn wir dadurch oder durch die psychologische Prüfung der Gesamtpersönlichkeit den Eindruck von der Echtheit des Schwindels gewinnen, so ist noch lange nicht entschieden, wie hoch nun dieser Schwindel in der Beurteilung der Schwere des Leidens oder gar in der Einbuße an Erwerbsfähigkeit zu taxieren ist. Im allgemeinen darf im Gegensatz zu früheren Ansichten der Schwindel nicht stark eingeschätzt werden, zeigen doch eigene Nachuntersuchungen, daß mit der Erledigung der Unfallsache eine Behinderung des Berufes durch Schwindel nicht mehr besteht oder doch außerordentlich rasch und vollständig verschwindet, sofern es sich selbstverständlich nicht um organisch bedingten Schwindel handelt.

Besonders lehrreich war mir in dieser Beziehung eine schwerere Unfallneurose mit stark hysterischen Beimengungen bei einem Zimmermann. Wenige Monate nach Erledigung seiner Ansprüche war er nicht nur ohne jede Beeinträchtigung bei Volllohn wieder in seinem Beruf tätig, sondern ich konnte bei meinem Vortrag über die Endschicksale der traumatischen Neurosen 1909 in der Schweizerischen Ärztegesellschaft eine Photographie von einem Neubau nach Aufrichten des Dachstuhles zeigen, auf welcher mein Unfallpatient wenige Monate nach Erledigung seiner Ansprüche auf den obersten Balken als oberster aller Arbeiter freistehend dargestellt war. Ich hätte diese Photographie gerne hier wiedergegeben und habe viele Schritte deswegen getan, aber trotz erheblicher Geldanbietung ohne Erfolg, weil der Mann und seine Angehörigen mein Interesse für diese Photographie verdächtig finden.

Simulation war bei dem Manne, der von einer hysterischen Mutter stammt,

vor dem Unfall und auch jetzt in gewissem Grade hysterisch ist, ganz ausgeschlossen. Lehrreich an der Sache ist nur, wie wenig ein solcher Schwindel nach definitiver Erledigung aller Rechtsansprüche noch in der Arbeit stört. Wäre die Photographie in die Zeit der Unfallsneurose gefallen, so hätte man dann allerdings auf den Schwindel selbst kein Gewicht mehr legen müssen; denn das muß doch wohl mit aller Entschiedenheit vertreten werden, daß Angaben über Schwindel sofort als belanglos anzusehen sind, wenn derartige Leistungen möglich werden.

Eigentliche Simulation aber ist in einem anderen Fall angeblicher Unfallsneurose anzunehmen (Züricher Beobachtung), bei der der Mann auch stark über Schwindel geklagt hat, während seiner Begutachtung aber eine mehrstündige gefährliche Kletterpartie mit Eispickel und Gletscherseil auf einen schwierig zu erkletternden hohen Berg (Spanörter Engelberg) mit Freunden ausgeführt hat. Niemand dürfte doch wohl hier zu einem anderen Schluß kommen als das Gutachten, das gelautet hat, ein solcher Schwindel ist Schwindel.

Gelegentlich und selbstverständlich ausnahmslos bei der Möglichkeit eines organisch entstandenen Schwindels sind die otiatrischen Prüfungen auf Drehschwindel und kalorischen Schwindel vorzunehmen. Bei Neurosen ergibt sich dann öfters eine starke Überempfindlichkeit, die aber bei der Wehleidigkeit und Unzuverlässigkeit vieler Begutachtungsfälle nicht als Einzelsymptom, sondern nur im Rahmen des Gesamtbefundes von Bedeutung sein darf.

Eigentliche Angstanfälle oder nervöse Anfälle sind bei den Begehrungsneurosen wohl nicht zu beobachten. Bei Unfallshysterien kommen hysterische Anfälle, jedoch mehr als Seltenheit, vor, verlaufen aber fast immer rasch und ohne besondere Stärke. Ein nennenswertes Hervortreten solcher Erscheinungen fordert dringend dazu auf, nach neuropathischer Belastung in der Vorgeschichte zu forschen.

Eigentliche Phobien fehlen ganz. Sie beschränken sich — Psychopathen ausgenommen — auf die mäßige, schon dem Gesunden eigene leichte Angst, wieder an die Stelle des Unfalles zu kommen oder wieder Verkehrsmittel zu benutzen, wenn der Unfall auf der Eisenbahn oder auf der Straßenbahn stattgefunden hatte.

Schlafstörungen werden von den Leuten sehr oft angegeben und dabei werden besonders dann auch Klagen über schreckhafte Träume vorgebracht. Manchmal leidet das Einschlafen, mehr noch scheint nach meiner Erfahrung das Einschlafen noch ziemlich leicht vor sich zu gehen, dann aber bald wieder ein Erwachen stattzufinden, von dem aus der Schlaf jetzt ganz besonders schwierig fällt.

Bei erheblichem Grade dieser Störungen muß stets Krankenhausbeobachtung durchgeführt werden, damit die sorgfältige Kontrolle des Schlafes durch die Nachtschwester durchgeführt werden kann. Dabei soll die Schwester ihre Beobachtung stündlich notieren und am folgenden Morgen können jetzt die Notizen mit den Angaben des Kranken verglichen werden. Besser aber wird ein solcher Vergleich zwischen den Angaben von Krankenschwester und Patient eine Reihe von Nächten erst durchgeführt, bis die Aufzeichnungen dem zu Begutachtenden gezeigt und eine Besprechung eingeleitet wird.

Nur erhebliche und grobe Unterschiede zwischen den Angaben von Patient und Krankenschwester dürfen für die Beurteilung ins Gewicht fallen. Dabei gilt es, ganz besonders auf absolut bestimmte und nicht etwa auf ganz allgemeine vage Angaben zu dringen. Meistens ist die

Sache nicht allzu schwierig. Der Maun gibt an, er habe vielfach wach gelegen und die Schwester mehrfach gesehen oder gehört, uud die Notizen der Schwester ergeben z. B. dreimaliges Wachsein, dreimaligen Schlaf. Völlig abzulehnen ist natürlich die Schlaflosigkeit, weun die Schwester allstündlich tiefen Schlaf mit Schnarchen verzeichnet.

Noch besser ist die Kontrolle durch ganz zuverlässige Mitpatienten, die etwa wegen Schmerzen nicht schlafen; doch ist die Möglichkeit einer solchen Beobachtung aus naheliegenden Gründen selten.

Bei vorhandener Schlaflosigkeit mäßigen Grades ist ferner uoch maucherlei zu beachten. In den ersten Nächten kann die Neuheit der Eindrücke und die veränderte Umgebung den Schlaf stören. Bei Leuten, die an schwerere körperliche Beschäftiguug gewöhnt sind, versagt der Schlaf, wenn infolge einer Begutachtung jede ernsthafte körperliche Anstrengung im Laufe des Tages gefehlt hat. Das ist eine allgemeine Erfahrung bei chirurgischen Patienten, die ihre Arbeit beispielsweise wegen einer Bruchoperation unterbrochen haben.

Selbstverständlich können heftige Gemütserregungen, Prozesse, Befürchtungen aller Art den Schlaf rauben. Es gilt eben auch hier, das Einzelsymptom stets nur im Rahmen der Gesamtheit zu werten.

In der bisherigen Beurteilung der Psyche ist der Besprechung die eigentliche Unfallsneurose (Gruppe IV der Definition) zugrunde gelegt worden und sind die Fälle mit ausgesprochen hysterischen Erscheinungen zunächst ausgeschaltet worden. Das hat darin seine Begründung, daß eben die traumatischen Hysterien tatsächlich doch oft wesentlich verschiedene Bilder wiedergeben, auf die ich jetzt ergänzend zurückkommen möchte, und zwar hauptsächlich unter vergleichender Betrachtung.

Der Unterschied maucher Fälle von Unfalls- oder Begehrungshysterie liegt besonders in der Stimmung, die hier nicht selten auffällig wenig verändert erscheint (die „belle indifférence“ der Franzosen) gegenüber dem Mürrischen, Verstimmten der eigentlichen Unfallsneurosen. Man kann es sogar gewöhnlich erleben, daß die hysterisch Kranken von ihrer Arm- oder Beinlähmung ohne jeden Affekt sprechen und sich völlig mit der Sache abgefunden haben. Freilich steckt dahinter ein oft sehr komplizierter und in verschiedenen Fällen sehr stark verschieden gearteter psychischer Komplex. Dabei können Vorstellungen des Vorteils der Krankheit oft eine nicht geringe Rolle spielen, weil eben das Kranksein Recht auf Entschädigung verspricht und darum keineswegs als etwas allzu Unangenehmes erscheinen muß. In anderen Beobachtungen spieleu freilich egoistische Momente, namentlich für die Entstehung der Sache, keinerlei Rolle, und ist es eben die kranke Psyche, die in abnormer Weise und auffällig leicht auf Affekte mit körperlichen Erscheinungen antwortet.

Gelegentlich zeigen Hysterische über ihre Kontrakturen, Lähmungen oder namentlich auch über starkes Zittern nicht nur jeue auffällige psychische Indifferenz, sondern demonstrieren ihre Veränderungen geradezu unter Lächeln in anscheinend heiterer Stimmung. Nach meinen Erfahrungen spricht dies sehr stark gegen die Anuahme einer bewußten Täuschung, sondern setzt die krankhaft reagierende Psyche in volles Licht. Gewöhnlich wird es sich dann auch um Fälle der degenerativen Hysterie handeln.

Freilich ist diese Indifferenz vielfach nur scheinbar und wenn man

sich mit den Kranken in ein tieferes Eingehen auf ihre Gedanken und Überlegungen einläßt, so erweist es sich recht oft, daß hinter der Indifferenz und dem Lächeln doch nicht eine ruhige geklärte Stimmung sich findet.

Jetzt zeigt es sich auch, daß die sogenannte monosymptomatische Hysterie doch noch viele weitere Krankheitszüge und vor allem als Grundlage eine ausgesprochene hysterische Psyche hat.

Mit den Schlagwörtern Vergessen der Bewegungen des Armes oder Akinesia amnestica wird man nur zu leicht über alle diese an sich ja so viel wichtigeren psychischen Veränderungen hinweggetäuscht.

Auf der anderen Seite sind aber wohl die Fälle der Unfalls- und Begehrungshysterien mit großer Klagsucht, immer neuen Beschwerden mit starkem Wechsel aller Erscheinungen doch wohl weit zahlreicher. Was sie von den eigentlichen Unfalls- und Begehrungsneurosen unterscheidet, ist das Fehlen der verbitterten, verbissenen, querulierenden Stimmung. Auch sind sie ärztlicher Belehrung und Behandlung weit zugänglicher und versteifen sich nicht auf absoluten Widerstand, können aber großen Unglauben an den Erfolg der ärztlichen Bemühungen aussprechen.

Die mehr körperlich ausgeprägten hysterischen Zeichen stehen nun bei den Unfallshysterien auch weit mehr im Vordergrund, während sie bei den Begehrungsneurosen meist fehlen, vor allem die Lähmung der Motilität und Sensibilität, die Kontrakturen, Stottern, Aphonien, Mutismus, Zuckungen (Tiks), Zittern. Hier wird also eine neurologische Untersuchung bei der Fernwirkung der hysterischen Psyche auf das körperliche Gebiet auch viel mehr verwertbare Befunde erheben können. Aber auch auf psychischem Gebiet ist die Ausbeute meist größer und leichter zu erheben, z. B. wird man eigentliche hysterische Anfälle, hysterische Dämmerzustände öfters antreffen können.

Die Prognose dieser Unfallshysterien wäre an sich im allgemeinen ganz gut. Der geschickte Arzt wird oft ganz glänzende Ergebnisse erzielen, Lähmung eines Gliedes, Abasien in wenigen Tagen, Aphonien sofort beseitigen. Hierin besteht *zunächst* entschieden kein Unterschied gegenüber den Hysterien bei Nichtversicherten und ohne Rechtsansprüche. Aber der verhängnisvolle Einfluß des Versichertseins und der Rechtsansprüche kann sich auch auf diesen Gebieten rasch geltend machen. Vor allem wird z. B. das im Anschluß an einen Schreck entstandene Leiden vielfach zu einem chronischen. Die Begehrungsvorstellungen, von der Umgebung eingepflanzt oder beim Patienten selbst geweckt, werden kräftiger entwickelt. Damit ist eine verhängnisvolle Wirkung auf den Verlauf und die Heilbarkeit des hysterischen Leidens gewonnen. Das Leiden hat jetzt einen Zweck, seine Abkürzung hat, wie *Kraepelin* sagt, auch seine Schattenseiten, und so kommt es immer mehr zu einer Mischung von Hysterie und Begehrungsneurose. Dabei ist die Hysterie das akut oder doch ziemlich bald einsetzende Leiden, die Begehrungsneurose die Folge des Kampfes um die Rechtsansprüche. Von ganz besonders ungünstigem Einfluß ist auch hier das Rentenverfahren, das nun den Hysterien auch in ihren einzelnen Symptomen eine ungeheure Hartnäckigkeit und Zähigkeit einprägt, so daß nach vielen Jahren keinerlei Beruhigung eintritt. (Vgl. den von mir mitgeteilten Fall von nicht geheilter Unfallsneurose unter dem Einfluß des Rentensystems.)

Auch die Aussicht auf Invaliditätsansprüche ist leider eine immer größere Quelle für die üppige Weitergestaltung hysterischer Krankheitsbilder, so daß wir auch in denjenigen Jahren, in denen sonst hysterische Erscheinungen in der Regel doch an Stärke abnehmen, sie doch noch ungemein häufig antreffen können. Daß es sich auch hier im wesentlichen, was die Dauer der Krankheit betrifft, um Artefakte handelt, muß als durchaus erwiesen hingestellt werden und erhellt sofort aus dem Vergleich mit den Ländern ohne Invaliditätsansprüche.

Nach jahrelangem Kampf um Rente oder Invalidität kommt jetzt mehr und mehr auch das Querulieren und Besserwissen des Laien auf medizinischem Gebiet dem Arzt gegenüber zur Geltung, ein Zug, der ursprünglich der Hysterie völlig ferngelegen hat. Jetzt ist die volle Mischung erreicht, ein Artefakt moderner Zeugung.

Wenn man solche Krankheiten nach Jahren der Entwicklung und Festhaltung prüfen soll, so unterscheiden sie sich psychisch nicht mehr allzuviel von den eigentlichen Unfalls- und Begehrungsneurosen. Es gilt jetzt alles, was oben eingehend über die Psyche und die psychische Untersuchung gesagt worden ist. Sie unterscheiden sich aber außer durch die Befunde in der mehr körperlichen, freilich auch psychogen entstandenen Sphäre vor allem durch die Entwicklung, welche aus der Erzählung der Kranken in der Vorgeschichte und vor allem aus der Aktenlage zu entnehmen ist.

An zahlreichen Stellen dieses Werkes habe ich betont, daß das Krankheitsbild noch zahlreiche weitere Züge bekommen kann durch fremde Beimengung, wie angeborene Nervosität, ethische Minderwertigkeit und Psychopathie, chronische Intoxikation, Atherosklerose, und daß deshalb auch in den psychischen Befunden noch eine Fülle weiterer Mischungen praktisch angetroffen werden kann. Ich muß mich aber hier mit diesem Hinweis prinzipieller Natur begnügen.

Kapitel XIII.

Das körperliche Verhalten und dessen Untersuchung.

Einleitung.

Eine scharfe Trennung der körperlichen von den psychischen Befunden ist vollständig ausgeschlossen, weil eine ganze Anzahl sogenannter körperlicher Erscheinungen durchaus nichts anderes als psychische oder doch psychogene sind. So stellt z. B. Binswanger in seiner Hysteriemonographie die Sensibilitätsstörung zu den Ergebnissen der psychischen Untersuchung, aber mit gerade so viel Recht ließeu sich auch zahlreiche Störungen auf motorischem Gebiet in die gleiche Gruppe einordnen; man denke nur an die psychogen durch die hysterischen Schmerzen bedingte Gangstörung, an viele Formen des Zitterns, an Kontrakturen und Unzähliges andere.

Auch auf dem Gebiet der Reflexe ist die Steigerung, die so ungebührlich viel erwähnt wird, recht oft nur bei besonderer psychischer Einstellung vorhanden und bei unauffälliger Prüfung schon sofort ver-

schwunden. Denken wir auch daran, wie viele Mißempfindungen über Schmerzen, ganz besonders auf dem Gebiet des Magendarmkanals, nichts weiter als psychogene Äußerungen auf körperlichem Gebiete darstellen.

Diese einleitenden Worte müssen bei jeder Prüfung sehr stark und mit größter Kritik berücksichtigt werden, wenn nicht eine völlig falsche Beurteilung von Einzelerscheinungen und des Gesamtbildes zustande kommen soll.

Von ganz besonderer Bedeutung ist ferner die Berücksichtigung innersekretorischer Störungen und Anomalien des viszeralen Nervensystems, ein Punkt, der in der Lehre von den Neurosen ganz allgemein bisher von den Neurologen schwer vernachlässigt worden ist. Nur so konnte es kommen, daß Störungen, wie Herzunregelmäßigkeiten, Verlangsamung oder Beschleunigung des Pulses, Schweiße, Globus, Akrozyanosen bei den traumatischen Neurosen eine große und unglaublich übertriebene Bedeutung gewinnen konnten, während sie doch bei den gesunden Leuten aus der Umgebung des „Kranken“ ebenso oft, ja nicht selten noch viel stärker ausgeprägt entdeckt werden können. Viele früher als wertvolle neurologische Befunde angesprochene Erscheinungen fallen daher sofort dahin, sobald sich der Untersucher auf eine breitere Grundlage der ärztlichen Wissenschaft stellt, und solche Beweise des Krankseins sind selbstverständlich für die Beurteilung einer Erwerbsschädigung absolut nicht zu gebrauchen. Gerade um die denkbar stärkste Opposition gegen manche bisher gültige Auffassungen besonders zu unterstreichen, möchte ich in der Besprechung der körperlichen Befunde dieses Gebiet an die Spitze stellen, zumal es doch bisher viel zu sehr verkannt worden ist.

a) Störungen auf innersekretorisch-viszeralnervösem Gebiet.

Es kann natürlich keinem Zweifel unterliegen, daß manche jetzt zu besprechende Befunde, wie die Schlagfolge des Herzens, Atemstörungen, Magen- und Darmerscheinungen, Urinentleerung, Schweiße, erheblich von der Tätigkeit des Gehirns und von psychischen Momenten abhängig sind; aber diese Abhängigkeit besteht ebensosehr auch von innersekretorisch tätigen Organen und von den viszeralen Nerven. Im einzelnen zu unterscheiden, welche Beigabe die wichtigere oder maßgebendere sei, ist schwierig und beschäftigt mich seit Jahren, und muß an jedem Einzelfall gesondert geprüft werden. Trotzdem sind gewisse Leitmomente von ganz besonderer Wichtigkeit. So vertrete ich auf diesem Gebiet den Satz, daß plötzlich oder doch rasch in Erscheinung tretende Veränderungen, ferner solche, die einem stärkeren Wechsel in der Folge unterworfen sind, für gewöhnlich dem psychogenen Kreis entstammen, während lange andauernde Zustände viel stärker auf innersekretorische Störungen zurückzuführen sind. Auch dann kann ursprünglich eine psychogene Ursache noch vorhanden gewesen sein, aber die Fixation ist nur denkbar bei einer innersekretorisch-viszeralnervösen Abweichung von der Durchschnittsbreite des Gesunden. Ich werde versuchen, das an den Einzelerscheinungen zu belegen.

Zu den wichtigsten Symptomen der traumatischen Neurose haben immer abnorm starke Erregungen in der Schlagfolge des Herzens gehört. Die große Labilität des Pulses, der Wechsel zwischen niedrigen und sehr hohen Pulszahlen, galt als sicheres und lange als

durchaus objektives Zeichen. Ich bin selbstverständlich weit entfernt, diesen Befunden jede Bedeutung abzusprechen, muß aber zu großer Kritik und Vorsicht in der Verwertung mahnen, ganz besonders in den Schlußfolgerungen auf Erwerbsfähigkeit. Zunächst ist selbstverständlich eine genaue Untersuchung des Herzens und der Gefäße und der Nieren unerläßlich, ebenso eine Bestimmung des Blutdruckes. Nur so ist es möglich, schwere organische Veränderungen, die unter Umständen die ganze Neurose sekundär schaffen können, auszuschließen. Ein Beispiel dafür werde ich gleich vorführen.

Nicht Unfallsneurose, sondern Nephritis interstitialis atherosclerotica.

44jähriger Mann, früher nie Scharlach oder Diphtherie, nur hie und da Halsweh. Keine ernstliche Erkrankungen. Nie Nierenleiden.

Vor 2 Jahren Unfall. Eine etwa 2 Zentner schwere Platte fiel ihm bei seiner Tätigkeit als Streckenaufseher der Eisenbahn an den Kopf. „Unbedeutende Wunde.“ Arbeit nicht ausgesetzt und im Beruf fortgefahren nach Naht der etwa 2 cm langen Hautwunde. Nicht bewußtlos gewesen, nur schwarz vor den Augen. Der Unfall ist angemeldet und der Hergang von den Organen der Versicherung aufgenommen worden.

Seit dem Unfall hat er Kopfweh, das ab und zu stärker wird, so daß er von Zeit zu Zeit 8—10 Tage zu Hause bleibt und den Arzt ruft. Dieses Kopfweh sei vor dem Unfall „absolut nicht aufgetreten“. Es zeigt sich gerade unter dem Schädeldach in der Umgebung der Verletzung (!).

Der Kopf ist seit dem Unfall nicht klar, immer ein „Brummschädel“, „schwindlig“. Der Beruf falle ihm schwerer.

Es zeigt sich immer mehr eine Vergeßlichkeit, besonders für kleine Aufträge, so daß daraus Unannehmlichkeiten entstehen. Auch das war vor dem Unfall nicht aufgetreten.

Im Gemüt ist er nicht mehr froh und immer gedrückt. Der Schlaf ist seit dem Unfall schlechter, hält nur 2—3 Stunden an. Der Appetit ist gut. Gesicht und Gehör sehr gut. Nie Erbrechen. Stuhl regelmäßig.

Befund: Psychisches Benehmen absolut tadellos, ruhig, vernünftig, durchaus nicht Wortschwall oder Querulieren. Eine Forderung hat der Mann bisher nicht gestellt und will er auch keine stellen (ob wegen Verjährung?). Von Übertreibung keine Rede. Die Klagen machen durchaus glaubwürdigen Eindruck und sind erheblich. Der Entscheid, daß keine Unfallfolge vorliege, wird vollkommen ruhig im Vertrauen auf die eingehende Untersuchung hingenommen. Am Schädel nahe des Scheitels rechts kleine Hautnarbe, unempfindlich, gut verschieblich. Pupillen reagieren gut und prompt. Augenhintergrund normal. Zunge etwas belegt. Keine Drüsen. Abmagerung 12 Pfund seit dem Unfall. Herzgrenzen normal. Töne nirgends abnorm laut, rein. Aktion regelmäßig, 84. Gefäße dick, leicht geschlängelte Radialis, viel stärker geschlängelt die besonders harte Brachialis. Die vier Fußpulse abnorm gut fühlbar. Röntgenbefund: deutlich aortenkonfiguriertes Herz.

Lunge und Unterleibsorgane ohne besonderen Befund. Urin werde reichlich gelöst, er müsse oft nachts 2—3mal aufstehen. Am Tag sehr viel weniger Harn. Harn enthält deutliche Spur Eiweiß, keine Zylinder, Zucker 0. Diazo- und Benzaldehydreaktion negativ. Blutdruck oszillat. 200 mm, Hg. palpator. 195 mm Hg.

Motilität normal. Sensibilität intakt. Auf alle Proben ganz prompte Antworten für alle Qualitäten. Patellarreflexe zuerst sehr stark, nach einigen wiederholten Schlägen aber normal stark. Ganz gleich Achillessehnenreflexe. Babinski, Oppenheim, Bechterew alle negativ. Kitzelreflexe der Fußsohlen stark. Bauchdeckenreflexe alle deutlich ausgesprochen. Romberg 0. Etwas Tremor.

Dynamometerwerte rechts stets zwischen 60 und 70, links zwischen 30

und 55. Agonisten-Antagonisten-Probe in allen zahlreichen Versuchen überall vollständig normal.

In dieser Beobachtung, die einen absolut zuverlässigen, in keiner Weise zur Übertreibung neigenden Mann betrifft, könnten eine Unmenge „neurotischer" Beschwerden als Unfallsfolge im Sinne einer traumatischen Neurose mit allmählicher Entwicklung gedeutet werden. Die Spur Eiweiß braucht an sich bei Bestehen von etwas verdickten Gefäßen noch kein Gegengrund zu sein. Aber die Messung des Blutdruckes mit sehr hohen Werten und das sichere Zeichen der Nykturie fallen im vornherein mit allen anderen Befunden durchaus entscheidend aus.

Wenn nun der Mann von Haus aus Anlagen für hysterische Erscheinungen gehabt hätte, so würden diese sicher auf dem Boden der organischen Affektion (Nephritis) eine lebhafte Entwicklung erfahren haben, unter Umständen auch ohne Unfall, so aber dann ganz besonders stark. Bei einem zu Rentensucht neigenden Menschen wäre natürlich der Boden Unfall + allmählich stärker auftretende Nephritis außerordentlich günstig gewesen. Eine Beeinflussung der sicherlich seit Jahren bestehenden Nephritis durch den Unfall halte ich für ausgeschlossen und absolut nicht nachweisbar.

Wie wenig Suggestion von außen dürfte aber genügen, um auf solcher Grundlage das zu erzeugen, was hier fehlt: eine Neurose. Also rein äußerliche Umstände, nicht innere Faktoren würden die „traumatische Neurose" hier entstehen lassen.

Die Beziehung aller Erscheinungen auf den Unfall erklärt sich aus dem so außerordentlich starken Drang aller Patienten, eine Ursache für ihr Leiden zu finden.

Gegen diese primitivsten Anforderungen genauer Untersuchung von Herz und Gefäßen versündigt sich aber mancher Gutachterbefund. Insbesondere scheint die enorme Bedeutung der Blutdruckmessung und der Röntgenuntersuchung noch lange nicht Allgemeingut geworden zu sein, ebensowenig die Kenntnis der respiratorischen Arrhythmie, und mit der Deutung mancher Herzgeräusche ist es ebenso schlimm bestellt. So kann man es dann erleben, daß ein neurologisches Gutachten eine Menge nicht erklärter, aber in Zweifelsfällen stets der Neurose zugeschriebener Veränderungen enthält, wie große Pulslabilität mit Unregelmäßigkeiten der Schlagfolge, mit unreinem systolischem Ton oder Geräusch, und daß daraus das Bild der Herzneurose fertig ist, während der innere Mediziner sofort auf Grund seiner Kenntnisse zu ganz anderen Resultaten kommt.

Die häufigste Erscheinung, die Beschleunigung der Schlagfolge auf 120—140, ist recht oft die banale Folge der momentanen Untersuchung und hat so lange keinerlei Wert, als die Erscheinung sich nicht regelmäßiger findet, und — was vor allem wichtig ist — nicht durch die Zählung der Krankenschwester mehrfach am Tage bestätigt wird. Darauf ist bisher viel zu wenig Gewicht gelegt worden. Die starke Pulszunahme bei der ärztlichen Prüfung ist wertlos, wenn die fortlaufenden Zählungen der Schwester ganz normale Ziffern liefern, sonst müßten wir ja ungezählte Leute in der Sprechstunde als Neurosen erklären. Ferner ist die Kontrolle zu Anfang der ärztlichen Untersuchung und zu Ende derselben von Wert. Wie oft ist jetzt der Puls völlig oder nahezu normal geworden!

Werden diese Vorsichtsmaßregeln beachtet, so ist es mit der Mehr-

zahl dieser Herzneurosen aus. Damit ist natürlich nicht gesagt, daß die Leute nicht erregt gewesen wären, aber ihre Erregung ist auf ein bescheidenes, alltägliches, für die Beurteilung des Erwerbs belangloses Maß zurückgeführt worden. Jedenfalls darf man jetzt von eigentlicher Herzneurose nicht mehr sprechen.

Auch in der weit kleineren Gruppe der Fälle, in denen auch die Krankenschwester bei vielen Prüfungen regelmäßig hohe Pulszahlen findet, braucht noch lange nicht ein ernsteres Leiden vorzuliegen. Ich erinnere mich an einen der ausgesprochensten Fälle dieser Art, an einen Mann, der sofort seinen Beruf als Lehrer ununterbrochen fortzuführen imstande und sicherlich nicht als erwerbsbeschränkt anzusehen war. Schon nach wenigen Monaten war bei Nachuntersuchungen die Beschleunigung der Herztätigkeit, selbst auf Erregung jeder Art, gänzlich vorüber. Immerhin wird man für Leute, bei denen Arzt und Schwester ständig oder fast beständig bedeutend erhöhte Pulszahlen finden, je nach den Arbeitsansprüchen die Leistungsfähigkeit abwägen müssen. Jedoch sollten dann die Zahlen nennenswert erhöht sein und nicht bloß 90 oder 100 betragen.

Bedeutende Erhöhung der Herzschlagfolge sogar auf 160, z. B. als einzelner oder als vereinzelter Befund, ist auch nicht hoch einzuschätzen. Mehrfach habe ich es erlebt, daß der Patient selbst von diesem hohen Puls absolut nichts gemerkt hat. Das ist erklärlich, weil es sich natürlich um einen Befund unter besonderen Verhältnissen (ärztliche Untersuchung!) gehandelt hat, die nachher nicht mehr zur Wirkung kamen, und der hohe Puls eben den Ausfluß einer besonderen Erregung dargestellt hatte.

Bei der Zunahme des Pulses unter der Einwirkung von Veränderungen der Körperlage oder körperlichen Tätigkeit ist natürlich das emotionelle Moment auch sehr zu berücksichtigen. Deshalb ist auf die rasche Erholung (in wenigen, 1—2 Minuten wieder Puls wie zu Beginn) weit größeres Gewicht zu legen. Auch ist die schon normal eintretende Steigerung der Pulszahlen vom Liegen zum Stehen bis zu 20 Schlägen in Betracht zu ziehen, eine Forderung, die auffällig oft vernachlässigt wird.

Die Pulszunahme auf Druck an Stellen, die als schmerzhaft bezeichnet werden, ist an sich kein objektives Symptom, weil schon die Erwartung der Berührung die ganze Beschleunigung bedingen kann.

Die Verlangsamung der Schlagfolge auf 60 Schläge ist in der Literatur der traumatischen Neurosen mehrfach ebenfalls als krankhaftes Zeichen der Neurose erwähnt.

Wie weit es sich aber bei der ersten Gruppe der abnormen Beschleunigung bei längerer Dauer der Erscheinung um besondere Sympathikuserregung oder um Forme fruste von Basedow handelt, ist stets zu erwägen, aber oft schwer zu entscheiden. Hier aber, bei Pulszahlen von 60 oder tiefer, handelt es sich fast ganz regelmäßig um Vagotonie, ohne jede Beziehung zum angeblichen Unfall. Solche Leute zeigen dann auch andere Zeichen der Vagotonie, wie vor allem Obstipatio spastica mit Schafkotstuhl oder deren Entwicklung zu Colitis membranacea, respiratorische Arrhythmie, Magenbeschwerden, Globus, Dermographie, Akrozyanosen mit kalten und doch feuchten Händen und Vorderarmen, Speichelfluß, gelegentlich natürlich auch Durchfälle hypersekretorischer Genese auf dem Boden der Vagotonie, und alle diese Er-

scheinungen sind unter Atropin und Wärmebehandlung meist außerordentlich gut zu beeinflussen.

Lag aber nach der Anamnese auch nur die leichteste Schädelverletzung vor, so wurde in den bisherigen Begutachtungen der langsame Puls stets mit dem Unfall in Beziehung gebracht, während wohl ohne jede Übertreibung auf das Bestehen der doch so außerordentlich häufigen Vagotonie nicht ein einziges Mal geachtet worden ist.

Die Berücksichtigung aller erwähnten Momente einschließlich der Therapie macht es aber doch außerordentlich leicht, dem richtigen Grund der Pulsverlangsamung auf die Spur zu kommen, und ohne Schwierigkeit ist jetzt gewöhnlich aus einer sorgfältigen Anamnese früheres Bestehen von Obstipation, Schweißen und Akrozyanose zu schließen, so daß dem Unfall aber auch nicht die kleinste Bedeutung für die Gestaltung dieser Erscheinungen zuzusprechen ist.

Besonders große Bedeutung ist in vielen neurologischen Begutachtungen einer Unregelmäßigkeit der Schlagfolge beigelegt worden, ohne daß auch nur der Versuch gemacht worden wäre, eine Erklärung der Erscheinung in einer etwas stärker ausgesprochenen respiratorischen Arrhythmie zu suchen. Bei jungen Leuten ist hierin fast stets der wirkliche Grund zu finden. Damit ist das hochbewertete Symptom auf eine alltäglich vorkommende, in der Grenze des Physiologischen liegende Erscheinung zurückgeführt, und brauchen die großen Befürchtungen über spätere Herzschwäche nicht weiter ausgemalt zu werden, da sie gänzlich unbegründet sind. Bei älteren Leuten ist natürlich sorgfältig an das Vorkommen nicht mehr harmloser, organisch bedingter Arrhythmien zu denken und eine genaue klinische Untersuchung anzustellen.

Das Auftreten von Extrasystolen kommt bei jugendlichen Leuten bei Unfalls- und Begehrungsneurosen nicht selten vor, aber auch dann, wenn von eigentlichen Neurosen keine Rede ist. Man soll sich daher schwer davor hüten, aus dieser Erscheinung ohne weiteres wichtigere Schlüsse abzuleiten.

Auch in dem Auftreten von Geräuschen am Herzen ist vorläufig noch gar nichts von Bedeutung gewonnen, solange nicht durch genaue Untersuchung die reine akzidentelle, nichtorganische Natur der Geräusche ausgeschlossen ist. Auch in diesem Punkt sind bisher auf dem Gebiet der traumatischen Neurosen schwere Fehler begangen worden, indem die große Häufigkeit solcher bedeutungsloser Geräusche verkannt worden ist. Handelt es sich aber nicht um systolische Geräusche, so ist fast ausnahmslos ein organisches Leiden anzunehmen und zu begründen. Wenn z. B. ein hervorragender Neurologe eben wieder schreibt, man hört ein Geräusch, das noch etwas vor dem ersten Ton einsetzt, dann liegt entweder ein Irrtum in der Auskultation vor, oder es haneldt sich um die so oft verkannte Mitralstenose. Unter allen Umständen aber hat die Erscheinung mit der Neurose an sich rein gar nichts zu tun und es ist ein schwerer Fehler, wenn eine Krankengeschichte mit solchen nicht geklärten Befunden beschwert wird.

Bei der Untersuchung der Gefäße wird in den Befunden auch manches hervorgehoben, was keinerlei Wert beanspruchen kann. So darf uns doch wahrhaftig die Kleinheit des Pulses bei rascher Schlagfolge nicht wundernehmen und kann nicht als neurologisches Zeichen

bewertet werden. Anderseits wird die eingehende und doch so dringend nötige Untersuchung auf Atherosklerose an allen zugänglichen Gefäßen (besonders auch die Prüfung auf die vier Fußpulse), sowie die Messung des Blutdruckes immer noch viel zu häufig unterlassen und auf Nephritis atherosclerotica nicht genügend Rücksicht genommen (Erhebungen über die Urinausscheidung in der Nacht besonders nötig!).

Wird aber bei diesen für so wichtig erklärten Befunden des Herz- und Gefäßapparates eine nach jeder Richtung sorgfältige Untersuchung durchgeführt, so bleibt in der großen Mehrzahl der Fälle für die Annahme einer Neurose nichts anderes übrig, als daß die Neigung zu psychischer Erregung sich auch in einer meist nur gelegentlichen Steigerung der Pulszahl ausdrückt.

Die von vielen früheren Autoren gemachte Annahme, daß aus diesen Herzerscheinungen, wie Bruns schreibt, „aus einfachem Herzklopfen im Laufe der Jahre eine zum Tode führende organische Herzmuskelerkrankung sich entwickeln könne", ist in dieser Allgemeinheit eine arge Übertreibung und wissenschaftlich nach meinem Dafürhalten für keinen einzigen Fall auch nur mit Wahrscheinlichkeit erwiesen.

Ebenso unrichtig und irreführend ist die Bezeichnung Neurasthenia cordis. Mit Neurasthenie haben diese Erscheinungen an sich nichts zu tun, sind sie doch so gut wie ausnahmslos von Erregungen und Affekten der Patienten abhängig, ein Moment, das doch noch in keiner Weise ausreicht, um von Neurasthenie zu sprechen, wenigstens nicht in der neueren schärferen Fassung des Begriffes. Wenn z. B. bei der Erzählung des Unfallsherganges der Puls sich erheblich steigert, so darf man ja gewiß darin eine gewisse Objektivierung der Erregung sehen, aber das Zeichen ist eben doch nur mit allergrößter Kritik und nur unter voller Würdigung der Gesamtlage zu beurteilen. Fälle von Unfallsneurosen aber, bei denen die nervöse Beschleunigung der Herztätigkeit das einzige oder doch fast das einzige erhebliche Symptom (Bruns) darstellt, sind unter allen Umständen als sehr unerheblich zu beurteilen. Zu berücksichtigen ist freilich, daß in solchen Krankengeschichten aus der früheren Literatur eine genaue Prüfung der Psyche und des Gedankenkreises fast stets gefehlt hat, so daß meine Feststellung nur unter diesen Einschränkungen gelten kann. Da aber bei der Berufsarbeit die emotionelle Erregung der Herztätigkeit wegfällt, so kann ihr keine größere Bedeutung beigelegt werden.

Eine Zeitlang hat das Mannkopfsche Zeichen, die Zunahme des Pulses bei Druck auf eine als empfindlich angegebene Körperstelle, sich besonderer Wertschätzung erfreut. Bald hat man aber eingesehen, daß das Ausbleiben der Pulszunahme nie gegen die Existenz des Schmerzes spricht und mithin nur der positive Befund von Belang sein könnte. Später ist mit vollem Recht immer mehr betont worden, daß auch die Steigerung unter diesen Umständen vor allem eine emotionelle ist und schon durch die Befürchtung des Schmerzes eintritt und durch die Erregung infolge der Untersuchung vorkommen kann. Für mich steht nach jahrelangen Untersuchungen bei positivem Ausfall der Probe die rein psychische Genese außer Zweifel, weil man zu oft beim gleichen Patienten bei anders gerichteter Aufmerksamkeit jede Pulszunahme beim Druck auf die gleiche Stelle vermißt.

Ich würde daher nur bei besonderer Konstanz dem Zeichen heute noch einen Wert beilegen, und diese Konstanz kann ja eigentlich nur bei organischen Affektionen vorkommen. Daraus ersieht man, wie belanglos das früher so hochbewertete Zeichen für die Erkennung einer Neurose sein muß.

Erscheinungen der Vasomotorenerregbarkeit oder -lähmung spielen in vielen Gutachten eine erhebliche Rolle. Besonders wird immer und immer wieder darauf hingewiesen, wie das paretische oder gelähmte Glied kühler ist und leicht Zyanose aufweist. Im allgemeinen handelt es sich, lokale Verletzungen organischer Natur abgerechnet, aber einfach um die Folgen mechanischer Ruhig- oder Hängestellung, teils wegen Schmerzen, teils wegen hysterischer Vorstellungen. Wie richtig das ist, ergibt sich mit größter Sicherheit dann, wenn durch Wiederaufnahme der Bewegungen alle diese Erscheinungen fast momentan verschwinden. Sehr schön hat dies auch Nonne für die suggestive Heilung bei Kriegsneurosen gezeigt. Auch Schultze hat in diesem Jahr wieder die leicht erreichbare künstliche Erzeugung solcher vasomotorischer Störungen an Eigenversuchen bewiesen.

Daß einfach durch Ruhighaltung Ödeme entstehen können, erscheint mir unbewiesen. Schon Strümpell hat die wirklich neurasthenische Existenz solcher Ödeme sehr stark angezweifelt. Recht oft handelt es sich da um bewußte künstliche Bildungen (Schnürungen), meist auf dem Boden der Übertreibung oder Simulation, aber auch auf dem der hysterischen Lüge. Durch lange dauerndes Herunterhängenlassen unbewegter Glieder kann freilich auch eine gewisse Schwellung, die aber kein eigentliches Ödem ist, mechanisch erzielt werden.

Bei doppelseitigem Auftreten von Zyanose ist sofort an vagotonische Neurose zu denken, und es sind die Zeichen dieser so sehr häufigen Affektion durch die Erhebung des viszeralnervösen Status und durch die Anamnese rasch zu erweisen.

Dermographie ist von Oppenheim von Anfang an sehr gering eingeschätzt worden, weil die Erscheinung an sich eben zu häufig vorkommt[1]), vorwiegend auf dem Boden viszeralnervöser Abnormitäten. Andere Autoren haben ihr aber eine nicht geringe Bedeutung zugemessen. Mit größter Lebhaftigkeit erinnere ich mich des Eindrucks, den auf uns Studenten die Vorweisung einer ansehnlichen Dermographie gemacht hat, war doch nach Aussage des Dozenten damit ein objektives und nicht simulierbares Zeichen für die Wirklichkeit einer Krankheit gewonnen. Für manche Leute war vor 20 Jahren damit schon eine traumatische Neurose erwiesen. Während heute unter dem Eindruck der Häufigkeit dieser Erscheinung bei anscheinend Gesunden ein solcher Schluß auch nicht mehr gewagt wird, so bildet die Dermographie doch immer noch in vielen Begutachtungen ein Merkmal, das im Verein mit Reflexsteigerung, Schweißen und Pulsbeschleunigung zur Diagnose genügt. Aber selbst im Verein mit diesen anderen, nicht weniger kritisch zu bewertenden Zeichen muß die Dermographie und Urticaria factitia ganz außer dem Bereich der für die Erwerbseinbuße zu berücksichtigenden Befunde fallen.

Von Strauß wird eine starke Schwankung des Blutdruckes

[1]) Oppenheim hält allerdings daran fest, daß Dermographie unter Umständen das einzige Zeichen einer neuropathischen Diathese sei. Ich halte diese Annahme nicht für gerechtfertigt.

bei den Unfallsneurosen als verwertbares Zeichen eingeschätzt, meines Erachtens zu unrecht, da man sich z. B. in poliklinischen Untersuchungen überaus oft davon überzeugen kann, wie der zuerst, zweifellos infolge der Erregung durch die erste Untersuchung erhöhte Wert nach jeder folgenden halben Stunde sinkt und in normale Breiten führt, und zwar bei organischen wie bei funktionellen Leiden. In der Literatur scheint mir diese Tatsache sehr bedeutend unterschätzt zu sein, zum Teil gewiß deshalb, weil die Untersuchungen nicht lange genug ausgedehnt worden sind. Wie weitgehend Blutdruck und Puls durch Beruhigung zurückgehen können, zeigen meine Erhebungen bei einer von Haus aus hysterischen Patientin, die nach einem sehr geringen Unfall durch alle die Aufregungen, Untersuchungen, Begutachtungen und Schiedsgerichte zweifellos schwerere Erscheinungen der Hysterie bekommen hatte (s. Literatur *Naegeli* 1913). Hier, wie bei zahlreichen ähnlichen Fällen, sank im Laufe von 1 bis 2 Stunden Ruhe die Pulszahl von 132 auf 94 und der Blutdruck von 195 auf 165.

Abweichungen im Gebiet der *Respiration* spielen in dem Gebiet der Unfalls- und Begehrungsneurosen eine sehr geringe Rolle, obwohl sie zweifellos häufiger sind, als man nach der Literatur erwarten könnte. Gewöhnlich wird nur die beschleunigte Atmung bei erregter Herztätigkeit oder bei Arbeitsversuchen hervorgehoben. Sofern nicht organische Leiden gleichzeitig vorliegen oder völliges Fernhalten jeder Arbeit und jeder Anstrengung eine Rolle spielen, handelt es sich hier ebenfalls um psychogene, affektbetonte Erscheinungen. Der Nachweis für diese Annahme ist oft leicht zu erbringen, indem die gleichen Bewegungen bei anders gerichteter Aufmerksamkeit ohne jede Atemnot erfolgen. Auch ist den Patienten die psychische Erregung natürlich vielfach sofort anzusehen oder durch die Unterhaltung und Befragung festzustellen.

Bei hysterischen Störungen hört man oft Klagen über die *Unmöglichkeit, tief einzuatmen*, über eine eigentliche Hemmung und Sperrung der tiefen Atemzüge. Nicht allzu selten treten dann diese Erscheinungen mehr anfallsweise oder doch auf einige Stunden beschränkt auf und werden dann als Asthma bezeichnet. Auch hier ist die psychogene, gewöhnlich autosuggestive Entstehung der Störung aus dem Gesamtverhalten leicht zu beweisen. An ähnliche Bilder bei Vagotonien ist selbstverständlich zu denken, und bei Brustverletzungen jede Zwerchfellschädigung durch Röntgenbilder auszuschließen. Niemals sind eigentliche Asthma-bronchiale-Anfälle irgendwie auf eine traumatische Neurose zurückgeführt worden, ein starkes Argument für die innersekretorische, viszeralnervöse Genese und Festhaltung dieses Leidens, so gern man auch für die Auslösung des einzelnen Anfalles psychische Momente als von gewisser Bedeutung erklären wird.

Ebensowenig wurden jemals *spastische Obstipationen* oder durch Hypersekretion des Darmes bedingte *Durchfälle* ätiologisch auf ein Trauma zurückgeführt. Wenngleich allerlei vage Angaben über Darm- und Magenstörungen von den Unfalls- und Begehrungsneurotikern leicht auf den alles beherrschenden Unfall bezogen werden, so haben sich doch die Ärzte bisher geweigert, einen irgendwie sicheren Zusammenhang anzunehmen, und dies gewiß mit vollem Recht.

Niemals wird auch von Unfallsleuten über *Globus* geklagt. *Schultze* hat dies mehrfach mit Recht betont. Meines Erachtens

ist auch hier der Grund darin zu sehen, daß Globus kein eigentlich psychogenes, sondern ein innersekretorisch-viszeralnervöses Zeichen ist, wenigstens in seiner ersten Entstehung.

Störungen der Urinentleerung bei Schreckneurosen oder Hysterien sind nichts Ungewöhnliches, namentlich wird über häufigen Harndrang geklagt. Dem erfahrenen Arzt wird auch hier die rein psychogene Entstehung bald klar sein, ohne daß selbstverständlich diese Erkenntnis irgendwie von einer eingehenden Untersuchung des Harns und der Harnorgane befreien dürfte.

Von mehreren Autoren wird das Auftreten von alimentärer Glykosurie bei Unfallsneurosen seit den Beobachtungen von Strauß angegeben. Da wir aber über die Toleranz der Leute vor dem Unfall natürlich keine Kenntnis haben, so ist ein sicheres Urteil aus der Kasuistik allein nicht zu gewinnen. Hier wie in vielen erwähnten Fragen kann nur die allgemeine Forschung auf dem Gesamtgebiet der Medizin Aufschluß über die mögliche Bedeutung des Zeichens für eine Neurose geben. Heute, wo wir die Glykosurie jeder Art so außerordentlich stark als von der Funktion des innersekretorisch-viszeralen Systems abhängig auffassen, müssen wir es als zum mindesten äußerst unwahrscheinlich erklären, daß eine psychogene Neurose Glykosurie erzeugen kann. Völlig ausgeschlossen sind natürlich vorübergehender oder dauernder Diabetes oder Diabetes insipidus als neurotische Folgen, aber als organisch bedingte Störungen nach Schädelverletzungen sind sie uns wohl bekannt.

Zu den recht gewöhnlichen Klagen zählt auch die Abnahme der Potenz, die von vielen Unfallsneurotikern als erloschen bezeichnet wird. Sofern es sich um tatsächlich und erheblich depressive Kranke handelt, mag an den Klagen etwas Richtiges, wenn auch Unkontrollierbares sein, jedoch sind wir auch hier zu Analogieschlüssen aus unserer allgemeinen Kenntnis der Neurosen gezwungen. Nicht selten führen Versicherungsgesellschaften und Berufsgenossenschaften umgekehrt die Zeugung eines Kindes nach dem Unfall als Beweis für die Gesundheit an; es ist für jeden Arzt aber bei der psychogenen Entstehung der Beschwerden und Empfindungen bei den Neurosen klar, daß eine solche Beweisführung jeglichen wissenschaftlichen Wertes entbehrt.

Sehr umstritten war eine Zeitlang die Möglichkeit der Entstehung von hysterischen oder neurotisch bedingten Fiebern, bis Strümpell an Hand bestimmter eigener Erfahrungen alle solche Annahmen zurückgewiesen und als hysterische Lügen erklärt hat. Nur so viel wollte er zugeben, daß nach hysterischen Anfällen eine Steigerung der Temperatur um $^1/_2$—1 Grad möglich sei; sonst aber spreche die Annahme von hysterischen Fiebern mehr für die Findigkeit des Patienten als für diejenige seines Arztes.

Auch Bruns verhält sich gegenüber der Existenz eines nervösen Fiebers gänzlich ablehnend, da versteckte Fieberquellen oft sehr schwer zu entdecken seien.

Für lange Zeit war damit das rein nervös entstandene Fieber aus Abschied und Traktanden gefallen, um so mehr, als in neuester Zeit von seiten der inneren Medizin (Stäubli, Münchn. med. Wochenschr. 1912) eine größere physiologische Breite der Normaltemperatur vertreten worden ist.

Erst Oppenheim hat in seinem Buch der Kriegsneurosen das nervös entstandene Fieber wieder als Erscheinung von traumatischen Neurosen ins Feld geführt und mit langen Temperaturkurven belegt. Ich kann aber seiner Auffassung keine Beweiskraft beilegen, solange seine Beobachtungen nicht viel eingehender vom Gesichtspunkt des inneren Mediziners belegt sind. So müßten vor allem den Temperaturkurven auch Puls- und Atmungsmessungen beigegeben werden, müßten Röntgenbilder der Lunge und nicht nur eine einmalige Untersuchung eines inneren Arztes, sondern eine fortlaufende Kontrolle eines Internen über den Lungenbefund vorliegen. Ferner wäre als unerläßlich die gleichzeitige vergleichende Messung in Axilla und Rektum, eine fortgesetzte Urinuntersuchung auf Diazoreaktion, Untersuchungen über das Verhalten der Leukozyten während des Fiebers und eine probatorische, wiederholte Tuberkulinreaktion auszuführen. Solange das nicht alles mit größter Gründlichkeit als selbstverständliche Minimalforderung erfüllt ist, kann von einer Erörterung dieser Probleme überhaupt keine Rede sein. So aber belasten solche Angaben von neurologischer Seite über Fragen, die ins Fach der inneren Medizin gehören, nur das Gebiet der traumatischen Neurosen mit neuen Unklarheiten, sicherlich zum schweren Schaden für ein wirkliches Verständnis auf diesem Gebiet.

Trophische Störungen bei Unfallsneurosen sind in früheren Jahren nicht selten erwähnt worden. Stepp berichtet über das herdweise Ausfallen der Barthaare, zum Teil auch der Kopfhaare, ein Jahr nach dem Sturz über einen Bahndamm bei einem 46jährigen Manne, dessen Humor aber gut geblieben sei. Ob es sich hier um eine Neurose gehandelt hat, vermag ich nicht zu sagen, da die Schilderung gerade da aufhört, wo sie eigentlich beginnen sollte. Bei der zweiten Beobachtung ebenfalls von herdweisem Ausfallen der Kopf- und Barthaare 7 bis 8 Wochen nach einem Unfall mit Bewußtlosigkeit, sind neurotische Beschwerden besser verzeichnet, aber der Mann hatte 3 Jahre nach dem Unfall Tuberkelbazillen im Harn und starb bald an Lungentuberkulose, so daß die Krankengeschichte durch schwere tuberkulöse Leiden und vielleicht auch durch organische Folgen der Commotio cerebri kompliziert ist. Einmal erwähnt Stepp auch Ergrauen der Haare.

Auch in dieser Frage des Haarausfalles und des Ergrauens finden sich zwar in der Literatur über Unfallsneurosen vereinzelte Angaben, die aber alle schwer zu beurteilen sind, jedenfalls für eine Begutachtung kaum je in Betracht fallen. Auch hier kann eine wirkliche Klärung nur auf Grund größerer wissenschaftlicher Erkenntnis erfolgen, da man doch auch ohne Schreck und Aufregung rasch fortschreitendes, ja sogar fleckweises auffällig frühes Ergrauen antreffen kann.

Trophische Störungen an den Knochen, z. B. an den Fingern eines „durch Reflexneurose (traumatische Neurose)“ gelähmten Armes, hat Oppenheim eben bekannt gegeben. Auch darin vermag ich absolut nichts Neues oder Besonderes zu sehen, indem Atrophien an Knochen[1]), die nicht gebraucht werden, oft in überraschend schneller Weise radiologisch nachweisbar sind, aber ebenso rasch beim Gebrauch

---

[1]) Am Kongreß in München 1916 sind geradezu enorme radiologisch erkennbare Knochenatrophien, rein durch Inaktivität entstanden, gezeigt worden.

der Glieder wieder zurücktreten. Die Literatur der Orthopädie belegt diese Tatsache in eingehender Weise.

Sekretorische Störungen der Schweißbildung sind etwas recht Häufiges, kommen aber in ganz ausgeprägter Weise bei solchen vagotonischen Neurosen auch vor, die ich, wenigstens zum Teil, völlig von psychogenen Neurosen trennen möchte. Natürlich sind Schweiße auch unter dem Einfluß von Affekten leicht möglich, ohne daß daraus irgendwelche Schlüsse von Belang gezogen werden dürften. Die Erscheinung des Blutschwitzens und ähnliche fabelhafte Erzählungen aus dem Gebiet der Hysterie müssen heute wohl doch nicht mehr erörtert werden. Sie stammen aus einer glücklicherweise entschwundenen Zeit, die sich in der Aufbietung der tollsten und unglaublichsten Erscheinungen auf dem Gebiete der Hysterie nicht genug tun konnte und direkt ohne jede Schranke zum Spiritismus übergeführt hat.

Dagegen kann die oft auf hysterischer Basis entstandene „Hämoptöe“ nicht übergangen werden, von der ich zahlreiche Fälle auch selbst gesehen habe. Charakteristisch für diese Form des Blutspuckens ist es, daß die Kranken als Lungenblutung eine bräunliche Schmiere zum Teil mit einzelnen Blutstreifen vorstellen, die einer wirklichen Lungenblutung wenig ähnlich sieht. Entscheidend fällt die Untersuchung mit dem Mikroskop aus, wie dies schon Strümpell geschildert hat. Man vermißt hier vor allem Leukozyten und kann nur Mundhöhlenepithelien, Leptotrix und Detritus aller Art entdecken, so daß die Herkunft des Blutes selten zweifelhaft bleiben kann. Schon die große Menge Flüssigkeit, die Speichel darstellt, kann besonders auffällig sein. Meist handelt es sich um Blut, das aus hohlen Zähnen oder dem Zahnfleisch, oft in der Nacht oder unbeachtet herausgesogen und nachher verschluckt wurde und dann durch Würgbewegungen wieder erbrochen wird. Die kleinen Blutstreifen stammen natürlich direkt aus den Zähnen oder dem Zahnfleisch und es kann denn auch hier bei sorgfältiger Untersuchung die blutende Stelle dem Patienten oft demonstriert werden.

Wenn es sich hier auch fast ausnahmslos um zielbewußte Lügen oder um ebenfalls bewußte hysterische Lügen handelt, so empfiehlt es sich doch, durch eine Erklärung über die Harmlosigkeit der Blutung den Leuten einen anständigen Rückzug zu ermöglichen.

Über Erhöhung des Lumbaldruckes bei Unfallsneurosen wurde von Quinke, Weitz, Horn, Rumpf u. a. berichtet. Da jedoch schwere Fälle niedrigen, klinisch leichte einen hohen Druck haben können, und jede klinische Parallele fehlt, so ist nach Quinke der Druck ohne Beziehung zu den Beschwerden und nur ein koordiniertes Zeichen. Da aber Lewandowsky (Hysterie S. 19) bei Hysterie „gelegentlich Weite bis 400 mm Wasser“ angibt, scheint die Bedeutung der ganzen Sache doch noch recht fraglich.

Störungen der Sensibilität.

Die Abnormitäten der Sensibilität haben uns im allgemeinen Teil dieses Werkes vielfach beschäftigt. Wir haben dort scharf betont, welch ungeheuren Wert eine Zeitlang den Anästhesien, Hypästhesien, Analgesien usw. beigelegt worden ist, wie Oppenheim noch 1892 in seiner Monographie geschrieben hat, daß mit der Auffindung der Sensibilitäts-

störung bei den traumatischen Neurosen die Lehre dieser Krankheit „von Grund aus umgestaltet“ worden sei, und habe ich dort schon die maßlose Übertreibung in diesem Ausspruch bekämpft und gegen eine solche Veräußerlichung des Begriffes einer Neurose protestiert. Gewiß kann man auf weiteste Zustimmung rechnen, wenn man solche Anschauungen heute als völlig verlassen hinstellt. Eine Neurose bleibt sich absolut gleich, ob bei ihr Sensibilitätsstörungen von laienhafter Anordnung gefunden werden oder nicht, weil das einzig Entscheidende und Wichtige der psychische Befund darstellt und die Sensibilitätsabweichung doch gewöhnlich erst nach langem eifrigen Bemühen auf dem Wege der Suggestion und Autosuggestion erreicht wird. Dafür habe ich früher schon die Darstellung von Binswanger zitiert, wie man solche, gewöhnlich noch von ihren Anhängern als objektiv bezeichneten Befunde erheben müsse, wie außerordentlich die Mühe sei, etwas zu finden, und wie es oft bei der eingehendsten stundenlangen Prüfung zuerst nicht gelinge, die Störung nachzuweisen. Ich bitte, die wörtliche Wiedergabe auf S. 6 nachzusehen.

Auf ganz gleichem Boden stand die Auffassung von Möbius, der den heute uns einfach unfaßlich erscheinenden Ausspruch über die traumatische Neurose getan hat, „eine genaue Untersuchung der Sensibilität ist eigentlich die Hauptsache“, und der wegen des Mangels einer eingehenden Sensibilitätsprüfung durchaus zu Unrecht die Fälle von Simulation, die Seeligmüller mitgeteilt hat, doch als verkannte traumatische Neurosen aus der Ferne diagnostizierte.

Da ich im allgemeinen Teil solche irrige und längst überholte Anschauungen eingehend bekämpft und als eine Hauptquelle großer Verirrungen auf dem Gebiete der traumatischen Neurose hingestellt habe, so möchte ich hier nicht alle Fragen nochmals erörtern. Einzelnes freilich muß doch noch eingehender dargestellt werden.

So ist es doch heute wohl außer jedem Zweifel, daß kleinere, fleckweise angeordnete Anästhesien und Analgesien, besonders wenn sie erst nach längerem Suchen gefunden werden, für die Frage einer Neurose ganz außer Betracht fallen. Einen gewissen Wert kann man höchstens den auf größere Teile beschränkten Störungen beimessen, z. B. einer Anästhesie und Analgesie eines Armes, eines Beines oder einer halben Seite. Aber gerade da ist es durch die laienhafte Abgrenzung solcher Zonen völlig klar, daß sie nur unter dem Einfluß psychischer Vorstellungen entstanden sind; damit allein ist schon ihre autosuggestive oder iatrogene Entstehung erwiesen.

Während nun aber früher fast allgemein das Auffinden solcher Anästhesien und Analgesien der Haut oder der Schleimhäute als völlig ausreichende Zeichen[1]) einer Hysterie angesehen worden sind, ja eine weitere Prüfung der jetzt gleichsam reflexartig gestellten Diagnose überflüssig erschien und die Anästhesie, wie ich schon früher hervorgehoben habe, in der Unterscheidung der Neurasthenie und Hysterie für die letztere Krankheit entscheidend ins Gewicht fiel, so ist man doch heute von der Zuverlässigkeit dieses Unterscheidungsmittels zurückgekommen. Ich möchte nur darauf hinweisen, daß selbst Oppenheim in seinen Kriegsneurosen

[1]) Schulz: Man muß die Anästhesie suchen, sonst findet man unter Umständen die Hysterie nicht. Anästhesie ist ein objektives Zeichen, sonst wäre die ganze Hysterielehre wertlos.

eine Beobachtung (Fall 16) mit allgemeiner Hemianalgesia dextra in bezug auf Haut und Schleimhäute, mit Stottern, langsamem, kleinschrittigem Gang, Tik, Hemiparesis dextra „hysterica“, nicht mehr glatt zur Gruppe der Hysterie stellt, sondern als Typus der Hysteroneurasthenia anführt. Die denkbar ausgesprochensten „hysterischen“ Zeichen scheinen also heute nicht mehr den Fall glatt in die Hysterie einzureihen, wahrscheinlich deshalb, weil die Tachykardie jetzt als die neurasthenische Beigabe angesehen wird.

Auch gegen diese Auffassung, die ihre höchsten Blüten in den Begriffen Neurasthenia cordis, vasomotoria, sexualis treibt, ist mit großer Energie Front zu machen, weil alle diese Erscheinungen ebensogut bei psychisch klar ausgeprägter Hysterie vorkommen können und tatsächlich oft vorkommen, und weil sie in keiner Weise an sich allein für die Annahme einer Neurasthenie genügen.

Man kann auch mit Bestimmtheit sagen, daß die Auffindung von Anästhesien und Analgesien in den letzten Jahren bedeutend seltener geworden ist, je mehr diese Symptome in ihrem Wert herabgesetzt worden sind. Die Sache hängt eben fast ganz von der Art der Untersuchung und der Suggestion durch den Untersucher ab, besonders aber auch von der Kritik des untersuchenden Arztes.

Bei der gewöhnlichen Frage: „Fühlen Sie das?“ wird der suggestible Kranke außerordentlich rasch die Wichtigkeit erkennen, die der Arzt der Sache beilegt, wenn einmal ein Stich nicht verzeichnet oder als weniger deutlich angegeben worden ist. Durch die häufige und langandauernde Wiederholung an verschiedenen Tagen, stets in der gleichen Richtung und in der gleichen plumpen Fragestellung, wird schließlich zweifellos etwas herauskommen, das laienhaft konstruiert ist. Dabei stößt sich keiner daran, wenn an einem Tag z. B. die Störung nicht mehr gefunden wird, oder wenn die Grenzen anders verlaufen, bei halbseitiger Störung auch einmal über die Mittellinie hinausgehen; denn für solchen Wechsel kann man in den Arbeiten über Hysterien analoge Beobachtungen in großer Zahl antreffen, ja all das wird geradezu als typisch und beweisend hingestellt und muß es bei dem Wechsel aller hysterischen Erscheinungen in der Tat auch sein. Nur gibt es dann allerdings keinen Befund, der schließlich nicht stimmen würde zu der von dem Untersucher bewußt oder unbewußt erstrebten Diagnose Hysterie, und darin liegt doch ganz zweifellos eine Petitio principii.

Alle diese Befunde demonstrieren uns einzig und allein die Suggestibilität der Patienten, und darin liegt zweifellos bis zu einem gewissen Grade auch ihr Wert, aber gleich daneben auch ihre Gefahr. So erkläre ich auch die so oft für die Realität dieser Sensibilitätsstörung angeführte Tatsache, daß die Untersuchten von ihren Sensibilitätsstörungen keine Ahnung hatten und durch den Nachweis überrascht erscheinen. Das muß ja so sein, sobald es sich um durch die Untersuchung suggerierte Störungen handelt! und beweist nicht ihre Präexistenz oder gar ihre Realität. Die Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Hypnose ist ja doch in gleicher Richtung eine absolut vollständige. Auch hier ist das Erstaunen der Hypnotisierten über die Unempfindlichkeit groß.

Die Suggestibilität aller Kranken und zahlreicher Gesunden ist aber eine überaus verbreitete Eigenschaft, die niemals nur der Hysterie zu-

kommt, wenn man auch zugeben wird, daß gerade bei der Hysterie die Auto- und Fremdsuggestion überaus leicht in solche körperliche Gebiete einwirken kann. Dennoch dürfte man sich nie getrauen, aus dieser Suggestibilität allein oder mit anderen auf gleichem Boden entstandenen körperlichen Zeichen ohne die Berücksichtigung der Psyche und der Gesamtpersönlichkeit eine Diagnose zu stellen.

So könnten wir in der Tat auch bei eifrigem Suchen bei den Bleikranken (Naegeli), ja selbst bei Gesunden (Fein, an meiner Poliklinik) Anästhesien und Hypalgesien, Analgesien der Haut und der Schleimhäute aufdecken. Dies wird ganz besonders bei den Begehrungsneurosen stets ohne jede größere Schwierigkeit gelingen. Man könnte höchstens einwenden, daß dabei doch nicht die ganz ausgedehnten, z. B. halbseitigen, Sensibilitätsstörungen getroffen werden. Ich zweifle zwar gar nicht daran, daß es mit Geduld auch da gelingen wird, besonders wenn stark autoritativ auftretende und autoritativ wirkende Persönlichkeiten die Prüfung vornehmen, zumal stark autoritativ angelegte Naturen, wie man es oft sehen kann, es mit der Kritik der geforderten Befunde nicht so genau nehmen und rasch das Geforderte als vorhanden erklären. Jetzt wird aber sofort der Gegeneinwand vorgebracht werden, daß es sich in diesen Fällen eben selbstverständlich um latente Hysterien gehandelt hätte. Gewiß ist ein solcher Einwand nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen; aber ebenso klar erscheint es mir, daß wir uns bei einer solchen Annahme immer im Kreise herum bewegen, in dem wir die große Sphinx der Hysterie nicht fassen können. Im Grunde genommen liegt die Sache daran, daß wir eine Krankheit Hysterie nach keiner Seite abzugrenzen imstande sind und daß, wie ganz besonders der Krieg gezeigt hat, unter dem Einfluß übermächtiger Momente (Todesangst, Schreck, Erschöpfung, Unterernährung) hysterische Erscheinungen schließlich bei jedem Menschen auftreten können. Ich weiß freilich, daß diese Ansicht nicht allgemein gültig ist und manche hier doch versteckte Anlage annehmen. Nichts charakterisiert besser als diese Erfahrungen die Auffassung, daß mit Hysterie keine Krankheit, sondern nur gewisse Reaktionen begrifflich gefaßt werden müssen.

Auch die anderen, für die „Realität" der Anästhesien und Analgesien herangezogenen Gründe sind nicht beweiskräftig. Es ist nicht richtig, daß z. B. die Hautreflexe ebenfalls aufgehoben oder doch abgeschwächt wären in dem Gebiet der Sensibilitätsstörung. Dafür lassen sich aus der Literatur und aus eigener Erfahrung zahlreiche Gegenbeispiele heranziehen. Vor allem ist bei einer Abschwächung oder einem Fehlen der Hautreflexe auf das Schwanken unter normale Breiten die weitestgehende Rücksicht zu nehmen, so daß einzelne Befunde sich ohne Zwang erklären.

Aber es läßt sich auch durch geeignete Untersuchungen der Beweis erbringen, daß die Patienten mit hysterischen Sensibilitätsstörungen der Haut oder mit sensoriellen Läsionen der Sinnesorgane doch die empfangenen Eindrücke psychisch stets verwerten. Mit größter Leichtigkeit ist dies für die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes zu beweisen, indem durch Prismenversuche die Verwertung der Sinneseindrücke aus der unempfindlichen Zone nachweisbar ist, z. B. die Verschmelzung zweier Farben in eine Farbe. Für die hysterische Blindheit eines Auges gilt die gleiche Tatsache, so daß es längst klar erfaßt ist, daß zwischen hysterischer Blindheit und Simulation von Blindheit bei den Ergebnissen der Prismen-

versuche nicht der geringste Unterschied besteht. Ganz dasselbe gilt ja auch für die hysterische Taubheit. Hier ist ja das fabelhaft rasche Ablesenlernen der Worte von den Lippen geradezu charakteristisch und nur durch die volle Perzeption der Sprache durch das Gehör zu verstehen, weil unter gar keinen Umständen sonst das Ablesenlernen von den Lippen eine leichte Sache ist. Durch diese Versuche ist klar erwiesen, daß nicht nur eine Wahrnehmung, sondern eine volle Verwertung der Sinneseindrücke im Gehirn stattfindet. Es ist daher recht schlimm bestellt mit der Theorie, daß Hysterische die Erinnerungsbilder verloren und vergessen hätten. Solche Amnesien gibt es nicht.

Genau gleich verhält es sich mit den Sensibilitätsstörungen auf der Haut. Auch da werden alle Reize fortgeleitet, und werden im Gehirn verarbeitet, sonst wäre z. B. die Erkennung von Gegenständen in der Hand durch den stereognostischen Sinn bei angenommener Anästhesie für Berührung, Kälte und Wärme undenkbar. Wie sollte sonst ohne tatsächliches Verarbeiten aller Sinnesempfindungen das Erkennen eines Messers, eines Geldstückes in der Hand möglich sein?

In eleganter Weise zeigt aber das Veraguthsche psychogalvanische Reflexphänomen die ständige psychische Verarbeitung sensibler Empfindungen aus den anästhetischen und analgetischen Zonen.

Ich habe oben schon betont, daß die früher in unheimlicher Häufigkeit gefundenen sensiblen und sensoriellen Störungen bei den Neurosen seit der Entwertung dieser Befunde sehr viel seltener mehr entdeckt werden. Dies ist ganz besonders dann der Fall, wenn die Untersuchung möglichst jede Suggestion vermeidet. Die Frage: „Fühlen Sie das?“ ist durchaus zu vermeiden. Der zu Untersuchende soll vielmehr von vornherein den Eindruck haben, daß der Arzt ein Erhaltensein der Sinneswahrnehmung erwartet und nicht von vornherein daran zweifelt. Ich berühre daher bei der Prüfung mehrere Teile des Körpers, z. B. Rumpf, Arm, Kopf, mehrfach und stelle nach etwa vier oder sechs Berührungen die Frage: „Wievielmal habe ich berührt?“ In dieser Weise läßt sich rasch feststellen, daß am ganzen Körper überall wahrgenommen wird. Da ich gewöhnlich mit ganz feinen Berührungen beginne, ist damit auch schon festgestellt, daß jede gröbere Sensibilitätsstörung für Berührung nicht vorliegt. In völlig entsprechender Weise lassen sich dann die anderen Prüfungen der Sensibilitätsarten durchführen. Ich brauche natürlich nicht stärker zu betonen, wie ungeheuer wichtig die große Aufmerksamkeit der Patienten ist und wie dieselbe oft immer wieder wach gehalten werden muß.

Vielfach prüfe ich auch nach einem ganz anderen System, das noch größere Vorteile bietet. Ich sage dem zu Untersuchenden, daß ich Figuren oder Zahlen auf seine Haut schreibe, und male nun Kreise, Kreuze, Rechtecke, Dreiecke oder Zahlen, wie 6, 9, 8, 2 usw., mit feinem Pinsel oder kleinem weichen Gegenstand. Dadurch, daß ich die Untersuchung psychosensibel gestalte, wird der Patient von der bloßen Wahrnehmung abgelenkt und auf das Erkennen eingestellt. Ein gelegentliches Nichterkennen erscheint nicht allzu sonderbar und wirkt daher nicht suggestiv. Wird jetzt an der gleichen Stelle statt der schwieriger zu erkennenden Zahl die einfachere erfaßt, so ist damit die Intaktheit der Sinnesempfindungen geradesogut bewiesen. Ich kann also auch viel stärker variieren und muß nicht mit der Frage kommen: „Fühlen Sie es aber

jetzt oder fühlen Sie es immer noch nicht?", sondern bekomme ein richtiges Resultat schon durch eine psychosensibel leichter zu lösende Aufgabe.

Natürlich läßt sich durch Stechen mit einer Nadel, indem man die Hauptpunkte einer Figur, z. B. eines Dreiecks oder Vierecks, sticht, auch die besonders wichtige Schmerzempfindung prüfen, indem man die Leute jetzt nach dem Unterschied in der Prüfungsart fragt. So wird man leicht die Tatsache der Schmerzempfindung aus den Antworten des zu Untersuchenden, wie namentlich auch aus den Mienen und kleinen Abwehrbewegungen feststellen können.

Mit diesen Untersuchungen ist viel rascher alles wirklich Wertvolle festgestellt, und gerade durch eine nicht allzulange Untersuchung wird die Suggestion vermieden und geht die Aufmerksamkeit nicht verloren. Durch diese Art der Prüfung habe ich z. B. bei sehr zahlreichen Kriegsneurosen nie laienhaft angeordnete Sensibilitätsstörungen erheben können. Ich habe auch zahlreiche, absolut typische Hysterien und gerade die schwersten in der Sprechstunde und im Krankenhaus ganz speziell geprüft und nicht ein einziges Mal ein Abweichen von den normalen Verhältnissen gefunden, ein Ergebnis, das gewiß nur durch das Fehlen einer suggestiven Wirkung bei der Untersuchung zu erklären ist. Wenn man mir dafür den Vorwurf macht, es seien mir manche Hysterien durch Unterlassung einer suggestiv wirkenden Probe entgangen, so werde ich mir diesen Vorwurf ruhig gefallen lassen, im Bewußtsein, daß ich durch eingehende Prüfung des Gedankenkreises viel sicherere und wertvollere Anhaltspunkte gewonnen hatte.

Gelegentlich bekommt man Patienten, bei denen laienhaft angeordnete Sensibilitätsstörungen bereits durch die Untersuchung früherer Ärzte bestehen. Hier ist natürlich in der Regel keine Änderung mehr zu erreichen. Ich habe aber einige dieser Patienten (leider sind es nur ganz wenige, da eben die Störungen allseitig aus der Mode gekommen sind) nach der Erledigung ihrer Unfallsansprüche durch Kapitalabfindung nachuntersucht und mich z. B. schon ein Jahr nach endgültiger Erledigung aller Forderungen überzeugt, daß von der früher so deutlichen Hemianästhesie und Hemianalgesie rein gar nichts mehr zu entdecken war, und zwar bei eingehender und die Suggestion absichtlich nicht vermeidender Untersuchung.

Binswanger gibt an, daß die hysterischen Anästhesien bei interkurrenter Pleuropneumonie vollständig verschwinden können. Dies stimmt selbstverständlich vollkommen zur psychischen Genese dieser Störungen, die eben unter der Ablenkung durch viel wichtigere und die Affekte weit stärker bewegende andere Ursachen völlig verdrängt werden können; aber es dürfte dann doch als einigermaßen mißlich empfunden werden, wenn solche Kardinalsymptome, die vom Autor an anderer Stelle als absolut beweisend hingestellt werden, so leicht verschwinden. Ich habe ja in meiner Darstellung vielfach auch den enormen Wechsel und auch das völlige Verschwinden unter viel geringfügigeren Momenten betont.

Auch hier liegt also die gleiche Erfahrung vor, die Babinski von den von Charcot für seine Hysterievorstellungen benutzten Patientinnen berichtet, daß sie alle große Anfälle und alle die Formen der schweren Expressivhysterie längst verloren haben, seitdem nicht

durch ständige Züchtung der Erscheinungen die Zustände künstlich wachgehalten worden sind.

Auf eine genauere Einzelbesprechung der Anästhesie-Analgesie-Formen gehe ich hier nicht ein. Das erscheint mir nach den obigen Auseinandersetzungen absolut unnötig. Es genügt wohl der Hinweis auf die Binswangersche Monographie, in der den Anästhesien und Hyperästhesien 60 Seiten und den Störungen der Empfindung überhaupt nicht weniger als 165 Seiten gewidmet sind.

Eingehendere Angaben über die angebliche Häufigkeit der Anästhesien und Analgesien sind nicht ohne Interesse. Für die Hysterie haben eine Reihe französischer Autoren, besonders aus der Schule Charcots, nach immer höheren Prozentzahlen positiver Befunde vorwärts gestrebt, als ob den höchsten Rekord aufzustellen das größte wissenschaftliche Verdienst wäre. So fand Briquet hysterische Hautanästhesien in 60 %, und Pitres behauptete gar, daß 20 % der Hysterischen vollständige und allgemeine Hautanästhesie (ein Teil hatte zwar kleine Zonen, die empfindlich blieben, eingestreut) aufweisen. Daß diese letztere Angabe maßlos übertrieben ist, hat die spätere Literatur oft hervorgehoben. Solche Fälle sind vielmehr äußerst selten. Halbseitige kutane Anästhesie und Hyperästhesie wird für Hysterie von Briquet in 39 % angegeben, aber Pitres hat den Rekord mit 45 % geschlagen. Bruns verzeichnet für die traumatische Neurose, daß hysterische Anästhesien der Haut und Sinnesorgane „häufig“ seien und „eine große Bedeutung für die Diagnose Unfallsneurose und für die möglichst sichere Entscheidung einer „Simulation“ darstellen und damit „eine starke Stütze für die Wirklichkeit der Krankheit“ geben.

Oppenheim erklärt die Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfeldeinengungen als „fast immer“ vorhanden.

Binswanger nimmt gar für frische Fälle von Hysterie 85 % kutaner Anästhesien an.

Gegenüber solchen, zum Teil geradezu unglaublichen Zahlen genügt es, einen Blick auf die neuere Literatur zu werfen, um sofort zu erkennen, wie schrecklich alle diese früher so häufigen Anästhesien und Gesichtsfeldeinschränkungen abgenommen haben. Der Vergleich zwischen der Oppenheimschen Monographie von 1892 und seinem Buch über die Kriegsneurosen zeigt das für den gleichen Autor.

Einzelne Ergebnisse möchte ich noch weiter erwähnen. Zum Beispiel scheint mir in zahlreichen Gutachten die stereognostische Untersuchung bei angenommenen Anästhesien, Kälte- und Wärmestörungen, nicht genügend berücksichtigt. Ich habe oben schon darauf aufmerksam gemacht, wie leicht es damit gelingen kann, die tatsächliche Verarbeitung der angeblich nicht bestehenden Sinneseindrücke nachzuweisen. Selbstverständlich darf aber diese jetzt gewonnene Erfahrung nicht für die Annahme einer Simulation verwertet werden, sondern es spricht ganz im Gegenteil dafür, daß der zu Untersuchende tatsächlich unter dem Eindruck irgendwelcher Vorstellungen bei den einfachen Proben die erhaltenen Sinneseindrücke nicht verwertet.

Eine isolierte Störung des stereognostischen Sinnes dagegen dürfte kaum je vorkommen, und sind derartige Angaben der Patienten auf Simulation verdächtig, so daß weiter in dieser Hinsicht geprüft werden muß. Auch isolierte Thermoanästhesien müssen mit größter Kritik aufgenommen werden. Binswanger erklärt sie für die Hysterie als bisher nicht erwiesen.

Störungen der Lagevorstellung habe ich bei eigenen, häufig durchgeführten Untersuchungen nicht getroffen; dagegen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß bei Unfalls- und Begehrungsneurosen häufig zuerst unrichtige und vor allem ungenaue Angaben gemacht werden. Wenn es sich ferner um irgendwelche, an leichte Dämmerzustände grenzende Stimmungen handelt, kann darüber auch kein Wunder sein. Bei den von hysterischen Beimengungen freien Fällen von Unfallsneurosen aber darf man sich so ungenaue und oft zweckbewußt verschleierte Antworten, die alle Übergänge zu bewußter Aggravation und Simulation darbieten, einfach nicht gefallen lassen. Sobald man nun mit Entschiedenheit sich dem mangelnden Willen widersetzt, wird es jetzt rasch gelingen, vollkommen zutreffende Berichte zu erhalten.

Ganz dasselbe gilt auch für die Lokalisationsangabe der Stellen, die berührt oder mit der Nadel gestochen wurden. Auch da hat man bei Unfalls- und Begehrungsneurosen oft größte Schwierigkeiten, die bei der Unaufmerksamkeit und dem schlechten Willen der Leute nicht wundernehmen dürfen, zumal die Leute vollkommen einsehen, daß es zur Erreichung der Zwecke nötig ist, von der Norm abweichende Befunde vorzubringen. Die Verschleierung der tatsächlich gut erkannten Reizstelle ist dabei aus dem Mienenspiel und der verbissenen, verärgerten Stimmung der Leute und der Art der Antworten oft sehr leicht zu erschließen. Auch da gibt es alle Übergänge vom halb unbewußten, lediglich einer absichtlichen Indolenz zuzuschreibenden Verschleiern und Unklargestalten bis zur vollen Übertreibung und Schwindelei.

Ich habe schon früher darauf hingewiesen, wie gewisse Leute stets etwas weniger Berührungen angeben wollen, oder einen regelmäßigen Prozentabzug machen.

Hier, wo wir verlangen, daß die gereizte Stelle mit dem Finger gezeigt werde, suchen die zu Untersuchenden nicht selten weniger weit distal zu zeigen, z. B. 10 cm höher am Bein, als der getroffenen Stelle entspricht. Auch da gelingt es leicht, durch ruhige Entschiedenheit sofort völlig genaue Angaben zu erzielen.

Einer Erscheinung, die in der Literatur öfters Erwähnung findet, möchte ich an dieser Stelle gedenken. Es gibt Patienten, die in dem nach ihren Angaben unempfindlichen Gebiet auf das Geheiß, je nach dem Empfinden ja oder nein zu sagen, eine Zeitlang auf jede einzelne Prüfung prompt mit nein antworten. Verschiedene Autoren haben sich über diese Erscheinung ausgesprochen, meines Erachtens bisher nicht mit der nötigen Kritik und Objektivität.

Oppenheim (S. 145) bezeichnet diese Erscheinung als „eine weitere Klippe für den Unerfahrenen, und auf diesem Gebiet gibt es so viele Unerfahrene". Denn die Tatsache, daß der Patient natürlich entgegen seiner Angabe doch fühle, sei bei Gefühlsprüfungen häufig, auch bei Tabischen. „Sie beruht darauf, daß der Patient glaubt: ‚Ich fühle nicht' sagen zu müssen, wenn er etwas undeutlich empfindet."

Das Phänomen, das ich wegen seines nicht seltenen Vorkommens bei ungebildeten Italienern seit Jahren als „Nientephänomen" bezeichne, das in der Tat doch allermindestens außerordentlich auffällig ist und einer genauen Analyse bedarf, ist also von Oppenheim wiederum ausschließlich und mit ganz dürftiger und ungenügender Begründung zugunsten des Patienten ausgelegt, und zu einer gehörigen Warnung vor

der Annahme Simulation ausgebeutet worden. Gegen eine so einseitige und wenig Kritik verratende Auslegung kann nicht genug Protest erhoben werden.

Bruns, entschieden vorsichtiger, will das Zeichen nicht als unbedingten Beweis für Simulation ansehen und glaubt, daß die Kranken dabei unter Fühlen Schmerzempfinden verstehen und deshalb wegen des fehlenden Schmerzes bei Pinselberührung nichts angeben. Man müsse deshalb zuerst genau erklären, daß der Pinsel keinen Schmerz erzeuge und sagen, daß auch die bloße Berührung verzeichnet werden müsse. Sehr richtig erwähnt dann Bruns, daß bei der Berührung ein regelmäßiger Rhythmus vermieden werden müsse, weil sonst sogar schon vor der Berührung eine Antwort des Patienten erfolgen könne.

In manchen Gutachten wird das „Niente“phänomen erwähnt und in ausgesprochenen Fällen als beweisend für Simulation erklärt, gewöhnlich auch gleich angegeben, daß die Untersuchten sofort nicht mehr nein sagen, wenn ihnen das Sinnwidrige ihrer Antwort beigebracht worden sei.

Meine eigene Auffassung in dieser Frage geht dahin, daß die Erklärungen von Oppenheim und Bruns nur für die seltensten Fälle richtig sein können. Die Prüfung wird doch wohl meist so vorgenommen, daß man zuerst mit Pinsel, Watte oder einem weichen kleinen Gegenstand in normalen Zonen prüft und nun erst in die angeblich gefühllosen übergeht. Jetzt tritt das Nientephänomen auf, während im übrigen die Leute ganz regelmäßig zwischen nichts (niente) und wenig (poco) unterschieden hatten. Wenn man von vornherein mit sehr kleinen Reizen geprüft hatte, so kann von einem Wenigerfühlen nicht mehr die Rede sein und von Vermissen der Schmerzempfindung erst recht nicht, solange man vorher im gesunden Gebiet ja doch auch auf Berührung und nicht auf Schmerz geprüft hatte. Einzig für die Probe auf Analgesie kann die Brunssche Erklärung zutreffen. Nun wird aber jeder einigermaßen psychologisch untersuchende Arzt dem zu Untersuchenden beim Auftreten des Nientephänomens sofort sagen, er müsse auch die kleinste Empfindung angeben, sofern er diese Ermahnung, was eigentlich selbstverständlich sein sollte, nicht schon eindringlich zu Beginn der Untersuchung erteilt hatte. Geht auch jetzt bei unregelmäßigem Tempo der Probe das Phänomen in gleicher Weise weiter, so ist allerdings der Verdacht der Simulation sehr begründet und jedenfalls eine Warnung vor einer solchen Annahme so unangebracht, unobjektiv und parteiisch als nur möglich. Aber ich würde nie wagen, jetzt schon mit der Diagnose Simulation bei der Hand zu sein. Am besten bricht man jetzt den Versuch ab, notiert sich genau den erhobenen Befund und sagt dem zu Untersuchenden nichts, um vielleicht nach einiger Zeit die Sache wieder zu prüfen. Wenn jetzt wiederum nach sorgfältigster Unterweisung das Nientephänomen erscheint, so ist es mit dem Nichtfühlen selbstverständlich nichts. Der Grund kann aber immer noch darin liegen, daß alle derartigen Befunde von Anästhesien und Analgesien bei Neurosen eben einfach nicht konstant sind, weil sie zu sehr von der Konzentration der Aufmerksamkeit und den psychischen Vorstellungen abhängen.

Eine Simulation nehme ich erst dann an, wenn zahlreiche andere Untersuchungen auf Glaubwürdigkeit, wie z. B. die Untersuchung am Dynamometer, die Prüfung des stereognostischen Sinnes, die Agonisten-Antagonisten-Probe, die psychosensiblen Prüfungen mit Zahlen- und

Figurenscheiben auf die Haut, gleichfalls für Simulation ausgefallen sind und wenn dabei erst noch das psychische Verhalten des Mannes bei all diesen Prüfungen offenkundig nach Reden, Mienen und Benehmen für bewußte Übertreibung oder Simulation anzusprechen ist.

Zur Psychogenese der Sensibilitätsstörungen der Haut.

Von besonderem Wert für das Verständnis dieser Störungen ist das Studium ihrer Entwicklung. Mitunter liegen die Sachen überaus klar und deutlich zutage, so daß man daraus allgemeine Schlüsse mit Recht ableiten kann. Nach einer Verletzung eines Armes, unter Umständen mit Knochenbrüchen, kommt es selbstverständlich zu Schmerzen und Mißempfindungen aller Art. Der Arm wird auch nach längerer Zeit nur mit Mühe und Schmerzen bewegt. Er erscheint dem Patienten als tot oder halbtot, und nicht selten hört man von ganz kritischen und objektiven Leuten, sie könnten ihre Empfindungen über den Arm gar nicht recht schildern; es sei eben einfach alles anders als früher und nicht mehr richtig in Ordnung.

Prüft in einem solchen Fall der Arzt frühzeitig, z. B. schon am ersten oder zweiten Tage, so sind die Veränderungen der Empfindung, besonders Herabsetzung ohne weiteres verständlich, teils durch direkte Quetschung, teils durch Blutstauung oder Ödem. Auch später, nachdem der Arm unter Umständen lange im Verband gelegen hat, können Gefühlsstörungen nicht im geringsten wundernehmen. Dies sind die Grundlagen, an die sich nun die Psyche des Verletzten zur weiteren Verarbeitung heranmacht.

Entweder untersucht der Arzt häufig auf solche Sensibilitätsstörungen und wirkt schon dadurch suggestiv, daß er in den Augen des Kranken außerordentlichen Wert auf solche an sich doch unerhebliche Befunde legt, oder die gesamte Gedankenkonzentration des Kranken stellt sich immer mehr auf den verletzten Arm ein, der zu nichts mehr tauge, halbtot sei, nie mehr besser werde und zu Invalidität führe. Dazu tritt die ungeheure Verschärfung der Sache durch den Kampf um die Rechte. Die Berufsgenossenschaft, die Ärzte der Begutachtung halten die Sache nicht für so schlimm, stellen vielleicht auch da und dort zu Unrecht Beschwerden in Abrede oder äußern gar als Verdacht Simulation oder Übertreibung.

Kann es da irgendwie wundernehmen, daß durch den Kampf um die Rechtsansprüche, selbst wenn es sich noch nicht um eigentlichen, jahrelang dauernden Rentenkampf handelt, die sonst unfehlbar restlos verschwindenden Störungen sorgfältig konserviert, allmählich durch Affektbetonung immer mehr verstärkt und vergrößert und psychogen nach laienhaften Vorstellungen jetzt konstruiert werden?

Daß also Störungen der Hautempfindung unter dem System des Versichertseins gerade bei solchen mehr oder weniger monosymptomatischen Neurosen vorkommen müssen, ist absolut einleuchtend. Aber ihr fast völliges Fehlen bei unzähligen Parallelfällen ohne Versicherung zeigt doch klar die eigentliche Artefaktnatur der schließlich viele Monate und Jahre lang psychisch festgehaltenen Veränderungen. Dazu kommt als weitere Verschärfung bewußte oder unbewußte Übertreibung.

Nach diesem Beispiel sind unzählige Einzelfälle zu erklären. Im

Grunde ist es also Fremd- und Selbstsuggestion, die den Verlauf gestaltet und den normalen Ablauf früherer organisch bedingter Störungen verhindert. Wenn dies alles schon für normale Menschen gilt, so muß es für hysterische Naturen und Psychopathen in noch ganz anders schroffer Prägung zum Vorschein kommen, nur spielt hier die Autosuggestion die Hauptrolle oder gar die einzige Rolle.

Gerade aber die laienhafte Abgrenzung der Sensibilitätsstörung zeigt ja für jeden Fall, daß geistige Überlegungen in dieser Frage die dominierende Herrschaft erhalten haben. Natürlich können schon in den ersten 24 Stunden jetzt solche Sensibilitätsstörungen gefunden werden; das spricht aber unter keinen Umständen gegen die psychische Genese. Je leichter eben solche Psychismen ohne von außen wirkende Suggestivuntersuchung zustande kommen, desto mehr muß die innere Bereitschaft zu solchen Reaktionen vorhanden gewesen sein. Daß aber bei einem hysterischen oder stark zur Hysterie neigenden Patienten alle möglichen Einflüsse auch außerhalb des ärztlichen Bereiches zur starken Einwirkung gelangen, ist so klar, daß ich nicht weiter darüber zu sprechen habe.

Störungen der Motilität.

Störungen der motorischen Bewegungen sind bei Neurosen häufig und vielfach außerordentlich bezeichnende Erscheinungen. In erster Linie gehören hierher die psychogen entstandenen Lähmungen, die sich bei Unfalls- und Begehrungsneurosen gewöhnlich im Gebiet der Verletzung finden und die bei sogenannten monosymptomatischen oder lokalen Neurosen ganz bekannte Dinge darstellen. Die psychogene Genese ist gewöhnlich durch die Anamnese noch viel überzeugender feststellbar als bei den oben erörterten Sensibilitätsstörungen. Vor allem ist es der Schmerz und die Angst vor dem Schmerz, die das Krankheitsbild gestalten, entweder sofort nach dem Unfall oder allmählich, und dann vielfach in progressiver Weise. Bei der Anamnese ist ein sorgfältiges Eingehen auf den Gedankeninhalt außerordentlich wichtig und die Hauptsache.

Vielfach sind diese Kranken an der Haltung des gelähmten Armes oder Beines, dem eigentümlichen Nachschleppen des Beines, der typisch steif gehaltenen Wirbelsäule sofort zu erkennen, vor allem dann, wenn Haltung und Gang, wie so oft, durch die Expressivhysterie besonders unnatürlich und übertrieben gestaltet werden.

Auch hier erfolgt die Entwicklung nicht selten im Anschluß an frühere organische Störungen, die aber glatt zur Heilung gekommen sind. Hierher gehört auch die von E h r e t, T h i e m u. a. beschriebene Gewohnheitslähmung, bei der die Kranken nach einer Verletzung der Fußsohle den Fuß allmählich immer stärker in Varusstellung bringen und zuletzt fast auf dem Fußrücken gehen. Diese Erscheinungen als Gewohnheitslähmungen zu bezeichnen liegt eigentlich nicht der geringste Grund vor, da sie vollständig in die große Gruppe psychogen bedingter Haltungen hineingehören, aber nicht ohne weiteres auch hysterisch zu sein brauchen. O p p e n h e i m zählt auch diese Gruppe zu der Akinesia amnestica, konnte aber in einer Beobachtung sofortige Heilung erzielen, ein Moment, das doch für psychogene Genese spricht.

Unter den abnormen Haltungen bildet der sogenannte Wirbelsäulen-

neurotiker eine besonders gut bekannte Gruppe. Es springen dann die Erectores trunci stark vor und sind als harte Muskeln zu fühlen. *Schuster* hat diesen Erscheinungen eine besondere Studie gewidmet, und hält dieses Zeichen für ein besonders objektives. Ich kann ihm aber keine andere Rolle als allen anderen unter dem Einfluß von Vorstellungen entstandenen Erscheinungen beimessen; auch wäre es an sich allein nie ein Grund, Simulation auszuschließen. Die Unterscheidung liegt eben auch hier, wie überall, auf rein psychischem Gebiete und in der Untersuchung der Gesamtpersönlichkeit.

Manche dieser traumatisch entstandenen *Lähmungen* lassen sich rasch zurückbringen durch Wachsuggestion wie durch Hypnose. Dies ändert sich aber vielfach, sobald Entschädigungs- oder Rechtsfragen mit ihren verhängnisvollen Einflüssen sich einschleichen. Bewußt und unbewußt pflegt sich dann der Zustand zu verschlimmern und jedem ärztlichen Zuspruch unzugänglich zu werden. Schon bei reiner endogener Hysterie kann die Aussicht auf Geldgewinn dem Leiden einen inneren Wert geben und das Gesundwerden verunmöglichen. Und das, was hier auf dem Boden einer kranken Psyche geschieht, kommt bei den Begehrungs- und Rentensuchtneurosen auf dem Boden normaler und allzumenschlicher Psychismen vor. Die Grenze zwischen beiden Zuständen abzustecken, ist oft völlig unmöglich, aber auch sofort nicht mehr so ungeheuer wichtig, wenn wir sehen, daß fast stets nach definitiver Erledigung volle Erwerbsfähigkeit eintritt.

Bei den motorischen Lähmungen handelt es sich fast immer um Lähmungen, die nach Gelenksabschnitten begrenzt sind, oder um Lähmungen, die sich nur gegenüber bestimmten Bewegungen geltend machen. Schon in Rückenlage verhält sich vieles ganz anders, wie seit alter Zeit bekannt ist, und erst in Bauchlage werden gar nicht so selten die vorher im Stehen völlig unmöglichen Bewegungen glatt ausgeführt. Selbstverständlich liegt in einem solchen Nachweis nur die Tatsache, daß die Muskeln nicht gelähmt sind, noch nicht aber der Beweis der Simulation.

Auch die Möglichkeit, kleine Bewegungen selbst in der für gewöhnlich unmöglichen Bewegungsrichtung unter dem Einfluß von Schreck oder Angst oder unter starker Ablenkung oder als Mitbewegungen durchzuführen, spricht nur entscheidend für die psychogene Natur der Störung und gegen organische Lähmung. Psychogen sind aber auch Störungen, die unbewußt unter dem Einfluß von Vorstellungen eintreten, wie jene, die bewußt durch Simulation erfolgen. Einzig ein grober Wechsel, durch unauffällige objektive Beobachtung erwiesen, darf für Vortäuschung gedeutet werden.

Beispiele auf diesem Gebiet sind in der Literatur oft enthalten, müssen aber in jedem Fall der Beurteilung außerordentlich sorgfältig bewiesen werden.

In das gleiche Gebiet gehören die *Astasie-Abasie-Formen*, die gerade jetzt, unter dem Einfluß aller Schrecken des Krieges, so oft zur Beobachtung kommen, von denen wohl jeder Erfahrene Fälle aber auch aus dem Zivilleben kennt. Auch da sind Schnellheilungen oft rasch zu erzielen, sofern es sich einfach um Schreckwirkung handelt, und sofern nicht auch Begehrungsvorstellungen sich hinzugesellen. *Oppenheim* hat freilich gegenüber *Nonne* vollständig recht, wenn er sagt, daß aus der Frage der Heilbarkeit oder Nichtheilbarkeit niemals ein

Schluß auf die Existenz von Begehrungsvorstellungen gezogen werden darf; ein solcher Nachweis muß ganz anders psychologisch geführt werden. Aber psychogenetisch ist es ungemein verständlich, daß die Aussicht auf Geldgewinn oder auf Mitleid bei hysterischen wie ethisch nicht vollwertigen Leuten vielfach jeden ärztlichen Einfluß aufheben kann.

Aufs nächste verwandt sind ferner hier die Formen der Dysbasie, bei denen ein gewisses Gehen mit Unterstützung möglich ist, aber dann oft nicht vorsichtig in kleinen Schritten wie bei vielen hysterischen Gangstörungen, sondern theatralisch schnell und weitausgreifend, oft unter sehr starkem Zittern.

Weiter gehören hierher jene zuerst von Nonne und Fürstner geschilderten Formen von pseudospastischer Parese mit Schütteltremor, die auch bei den Kriegsneurosen keine Seltenheit sind, aber auch im Frieden, und hier vorwiegend nach Verletzungen, gesehen wurden. Dabei sind mitunter die Spasmen in ruhiger Bettlage gar nicht, sondern nur bei der Bewegungsintention nachweisbar, und auch die gesteigerten Sehnenreflexe sind nicht konstant vorhanden. Das Psychische entwickelt eben hier erst das Vollbild der an sich ungemein charakteristischen Erscheinungen, und durch Beseitigung der psychischen Angstvorstellungen gelingt es, normalen Gang zu erreichen.

In nächste Nähe gehört ferner die Krampusneurose, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, die sich nicht selten aus den pseudospastischen Paresen oder auch aus starken Formen des Zitterns entwickelt, teils als regelmäßige Erscheinung bei Bewegungsabsicht, teils als nur gelegentlich auftretendes Bild bei besonderer Erregung.

Außerordentlich charakteristisch ist ferner die psychogene Kontraktur, die sich wiederum gewöhnlich an einen Gelenkabschnitt oder an mehrere Gelenkabschnitte, dann aber desselben Gliedes anschließt. Auch hier handelt es sich um eine laienhaft ausgeprägte Kontraktur, die in anderer Lage, z. B. in Rücken- oder Bauchlage, fehlen kann oder nicht vollständig ist. Sie hat ferner alle Eigentümlichkeiten der psychogenen Genese und kommt damit wieder naturgemäß mit der Simulation in Differentialdiagnose, wegen einer gewissen Inkonstanz, namentlich unter dem Einfluß von Affekten oder bei starker geistiger Ablenkung. Der mit psychologischem Verständnis an diese Dinge herantretende Arzt gewinnt übrigens meist so sehr sofort den Eindruck einer rein psychogenen Sperrung, daß er den Ausdruck Kontraktur gar nicht gebraucht, sondern von psychogen bedingter Fuß- oder Armstellung spricht, wobei die herrschenden Affekte und Vorstellungen aus dem ganzen Benehmen des Patienten, aus Mienen und Worten hervorgehen.

Es war mir deshalb einmal eine ganz besondere Freude, als einer meiner tüchtigsten Assistenten erklärte, so viele Hysterien er jetzt gesehen hätte, so sei ihm doch bisher eine hysterische Kontraktur noch nie vorgekommen. Ich konnte ihn sofort darauf hinweisen, wie oft er das schon gesehen, wie wir aber so rasch die psychogene Entstehung durchschaut hätten, daß der Ausdruck Kontraktur als überflüssig und weniger richtig gar nicht gebraucht worden war.

In der Literatur wird mehrfach, besonders von Oppenheim, neuerdings wieder betont, daß diese Kontrakturen oft erst spät in der Narkose verschwinden und oft vor dem völligen Erwachen schon wieder da sind; doch sind mir auch gegenteilige Erfahrungen wohl bekannt; zum Beispiel, daß ein Kranker mit Kontraktur im Nacken erst nach völligem

Erwachen und nachdem die Ärzte ihn auf das Fehlen der Steifigkeit aufmerksam machten, sofort wieder in den alten Zustand verfiel. Ferner spricht in gleichem Sinn die Beobachtung von Buttersack, daß eine Beugekontraktur des Armes in Narkose wich, der Patient beim Erwachen mit Erstaunen den gestreckten Arm betrachtete, jetzt aber sofort eine Streckkontraktur bekam. Auch Oppenheim hat unter seinen Kriegsneurosen eine gleiche Beobachtung (Fall 2). Wenn übrigens eine solche Kontraktur monatelang in größter Stärke bestanden hat, so kann ihr verhältnismäßig später Rückgang im Laufe der Narkose doch wohl an sich allein noch nicht so auffällig sein. Die Frage erscheint aber bisher überhaupt noch nicht genügend studiert, da doch jeder Autor nur eine kleine Zahl Narkosenuntersuchungen besitzt, und die Beurteilung der Erscheinungen im Verlauf einer Narkose naturgemäß sehr schwierig ist, ganz besonders, wenn stärkere Exzitationserscheinungen noch dazu kommen.

Da die Narkosenuntersuchungen selbstverständlich nicht besonders gern gemacht werden und therapeutisch oft keinen Gewinn bringen, so scheint mir die folgende Prüfung auf das Verhalten der Kontraktur in besonderer Muskellage wichtiger. Man bringt das Glied mit der Kontraktur in eine Stellung, die nur durch den Willen gehalten werden kann, indem jede passive Unterstützung der Lage des Gliedes wegfällt, dabei kann die Psyche des zu Untersuchenden viel besser studiert werden. Gelegentlich ist es staunenerregend, wie lange ein im Knie steif gehaltener Unterschenkel ohne irgendwelche Stütze für den Unterschenkel frei in die Luft gehalten werden kann.

Liniger (1905) berichtet darüber folgendes: 9jähriger Knabe täuscht Kniegelenkssteifigkeit vor nach Hundebiß der Haut. Der Vater verhetzt den Knaben und will hohe Entschädigung. Das Knie wird völlig steif gehalten. Verdacht der Simulation, besonders weil Zeugen die völlig normale Bewegung im Kniegelenk während des Spiels gesehen hatten. — Befund: Kräftiger, gesunder Knabe. Knie gestreckt gehalten. Hier Muskeln kräftiger als auf der gesunden Seite. Keine nervöse Störung. Stützt sich fast gar nicht auf den Stock des Vaters. Auf den Untersuchungstisch wird der Oberschenkel so gelagert, daß er nur zur Hälfte unterstützt liegt. Nach $1/_2$ Stunde erklärt der Knabe, er könne es nicht mehr aushalten. Der Unterschenkel ist um 10° gesunken, nach einer weiteren halben Stunde um 20°, nach 2 Stunden um 30°. Jetzt vor Anstrengung Zittern an den Muskeln des Oberschenkels; der Knabe beugt aber das Knie auch jetzt noch nicht. Auf Anwendung des elektrischen Stromes gab der Knabe nach $2^1/_2$ Stunden nach, so daß die Hacke an das Gesäß kam. Jetzt konnte er plötzlich ohne Stock gehen, sogar auf dem verletzten Bein hüpfen. Ein kleiner Rückfall am folgenden Tag fand rasche elektrische Heilung. Der Vater war anscheinend recht unzufrieden mit der Heilung. Der Junge wird als zweifelloser Simulant erklärt, der einen sehr schlauen Eindruck mache. Ich halte hier Mitwirkung von Hysterie noch nicht für ausgeschlossen. Aber die Angabe ist zu kurz, um ein sicheres Urteil zu gestatten. Es kommt hier alles auf die Zuverlässigkeit der Zeugen an, die normale Funktion beim Spiel gesehen hatten.

Besser zu studieren sind die Verhältnisse bei psychogener Streckkontraktur im Knie, wenn der Mann statt liegen sitzen muß und jede Unterstützung für Knie und Unterschenkel wegfällt. In dieser Haltung gelingt es nicht allzulange, das „steife Bein" in die Luft hinauszustrecken.

Ich brachte z. B. einen solchen Mann in der Sprechstunde auf einen Untersuchungstisch, wobei er mir und den Assistenzärzten den Rücken zu-

kehren mußte, und wobei das in die Luft hinausgestreckte Bein in die Nähe der Heizung kam, so daß die Klagen über Frieren wegfallen mußten.

Das zuerst Auffällige war, daß nach etwa 10—15 Minuten sich eine stärkere Hebung des Unterschenkels geltend machte, weil so der Unterschenkel mit geringerer Kraftanwendung frei herausgestreckt werden kann. Nach 20 Minuten fing der Mann an unruhig zu werden, er schob sich etwas hin und her, dann fing der Unterschenkel an, sich allmählich zu senken. Nach 30 Minuten fing Zittern an, und jetzt begann der vorher vollständig ruhige Mann unsere Untersuchungen von Mitpatienten zu unterbrechen mit dem Ruf: „Ihr Herren, wie lange muß ich da noch sitzen, das halte ich so nicht mehr aus. So rasch kann ich nicht gesund werden, ich bin schon von sechs Ärzten vergeblich behandelt worden."

Ich erklärte ganz ruhig: „Sie müssen so lange hier sitzen, bis das kranke Bein im Knie ebenso heruntergefallen ist, wie das gesunde gebeugt gehalten wird. Es handelt sich einfach um die Feststellung, daß das möglich ist, und daß sie von den Befürchtungen befreit werden, das Bein sei vollständig steif." Ein gewisses unverschämtes Benehmen des Mannes, das jetzt zum Ausdruck kam, wurde sehr bestimmt, aber ruhig und ohne jeden Vorwurf zurückgewiesen.

Nach kurzer Zeit nahm die Unruhe immer mehr zu. Wenn die Ärzte im Nebenzimmer waren, konnte man jetzt mehrfach von dort aus ein fast völliges Heruntersinken des kranken Beines beobaehten. Schließlich war das Herausstrecken des Unterschenkels ganz unmöglich geworden, und der Mann half sich ganz einfach damit, daß er nun auf dem Untersuchungstisch mit dem Oberschenkel so weit sich zurückschob, bis der größere Teil des Knies eine Unterstützung gefunden hatte. Damit hielt ich den Versuch für beendigt, um die Frage, ob organische oder hysterische (psychogene) Kontraktur, zu entscheiden. Eine weitere für den zu Untersuchenden peinliche Verschärfung der Situation, die ja leicht durch Verbot der Unterstützung im Knie hätte herbeigeführt werden können, hielt ich aus psychologischen Gründen für nicht erlaubt. Aber ich erklärte jetzt dem Manne, daß seine Steifigkeit im Knie heilbar sei, sobald er nicht mehr an die absolute Versteifung glaube, und daran alle Befürchtungen und Gedanken knüpfe. Er habe jetzt selbst gesehen, wie leicht eine Beugung von selbst eingetreten sei und wie seine Krankheit der Heilung zugeführt werden könne.

Jedenfalls kommt bei einer solchen Prüfung für das Studium der Psyche des zu Untersuchenden unendlich mehr heraus als bei der Narkosenuntersuchung, und der geschickt vorgehende Arzt kann sofort mit der Therapie einsetzen. Nicht überflüssig ist es vielleicht, nochmals zu betonen, daß durch einen solchen Versuch allein die Frage der zweckbewußten Verschlimmerung oder der vollen Simulation noch lange nicht entschieden ist, und daß vor voreiligen Schlüssen nicht genug gewarnt werden kann. Auch eine gewisse Sperrung der Hysterischen gegen das Verschwinden der Kontraktur ist durchaus psychologisch, weil sie sich ja selbst des Mißlichen ihrer Situation bewußt sein müssen, und der höchst unangenehmen Deutung, die unter Umständen eintreten könnte.

Der Arzt hat aber unter allen Umständen in erster Linie die Heilung im Auge zu behalten und wird auch bei zweifelloser Übertreibung lieber die Wege eines anständigen Rückzuges offen lassen, als ja eine hysterische Beigabe bei Übertreibung gewöhnlich außerordentlich schwer ausgeschlossen werden kann.

Bei der Untersuchung der psychogenen Lähmungen auf motorischen Gebieten fällt gar nicht selten auf, daß ein gewisser Tonus im Arm oder Bein doch noch vorhanden ist und das Herabfallen langsam geschieht, kein Wunder, denn es handelt sich ja in erster Linie um die Vorstellung

des Gelähmtseins und nicht um eine tatsächliche Lähmung. Die Übereinstimmung mit den gleichen Verhältnissen bei den Störungen der Sensibilität sind also außerordentlich weitgehende.

Besonderer Erwähnung verdient ferner das Verhalten der Kranken bei den Agonisten-Antagonisten-Prüfungen im Gebiet der psychogenen Lähmungen, Paresen oder Kontrakturen. Ich verweise auf diese Prüfung, die wir früher (S. 103 ff.) zur Prüfung auf Glaubwürdigkeit und Muskelkraft vorgenommen hatten, an Gliedern, in denen der zu Untersuchende keinerlei Störungen geklagt hatte.

Unter der Herrschaft der psychogenen Vorstellung von der Unfähigkeit der Bewegung oder in der Angst über das mögliche Entstehen von Schmerzen oder auf Grund anderer Befürchtungen und Angstzuständen sieht man jetzt ganz gewöhnlich, daß alle Kraft in die Antagonisten verlegt wird und die Agonistenwirkung völlig ausbleibt, oder bei Paresen sehr schwächlich erfolgt, auch dann, wenn dem äußeren Anscheine nach der Patient sich kolossal anstrengt, und er das auch von sich behauptet.

Vor allem zu betonen ist aber, daß alle Prüfungen auf das Agonisten-Antagonisten-Spiel an als gesund erklärten Gliedern vorzunehmen sind, und daß natürlich im Gebiet psychogener Hemmungen selbstverständlich besondere Verhältnisse herrschen können. Es empfiehlt sich daher, jetzt die Probe auch bei diesen Leuten mit Paresen und Lähmungen im Gebiet des Gesunden vorzunehmen, um über die Psyche weiteren Aufschluß zu gewinnen.

Die Reflexe an den Sehnen sind im Gebiet der psychogenen Lähmung und Parese erhalten und recht oft gesteigert, und dann nicht nur auf der Seite der Lähmung, sondern gewöhnlich doppelseitig. Regelmäßig trifft dies aber, wie bereits früher hervorgehoben, doch nicht zu, selbst nicht für das Bild der spastischen Paraparese mit Tremor.

Bei psychogenen Kontrakturen und starken Spasmen können die Reflexe selbstverständlich fehlen, weil die Muskeln stark gespannt sind.

Abmagerung der Muskeln kann bei starker Schonung erhebliche Grade erreichen, bleibt aber doch weit zurück hinter den Fällen mit organischer Grundlage. Elektrische Störungen und elektrische Veränderungen wird man stets vermissen, sofern man gewisse Abschwächungen, die durch Veränderungen des Hautwiderstandes entstehen können, genügend berücksichtigt, namentlich für unbeweglich gehaltene Glieder.

Einer besonderen Besprechung bedarf noch das Zittern, das in allen erdenkbaren Formen bei Unfallsneurosen vorkommen kann. Da sieht man feinschlägiges und grobschlägiges, langsam oder schnell ablaufendes Zittern, dessen psychogene Natur vor allem durch die ganz ausgesprochene Verstärkung beim Herankommen des Arztes oder auf irgendwelche anderen Erregungen hervortritt, während umgekehrt bei starker Ablenkung sofort jede Bewegung vollständig aufhören kann. Daher mag es dann auch vorkommen, daß ganz erhebliches Zittern in der Schrift gar nicht zum Ausdruck gelangt, während natürlich in anderen Fällen in der Schreibprobe das Ausfahren der Schriftzüge ein außerordentlich starkes ist. Das verschiedene Verhalten hängt in erster Linie von der Affektwirkung während des Schreibens ab.

Nach Ablauf der Entschädigungsansprüche bei Kapitalabfindung geht das Zittern außerordentlich rasch zurück. Gewisse Formen des Zitterns

bei Schreckneurosen und Hysterien sind der ärztlich suggestiven Therapie sehr gut zugänglich und können rasch gebessert oder geheilt werden.

Vor allem wichtig ist die Tatsache, daß bei dem gleichen Patienten die einmal vorhandene Form des Zitterns dieselbe bleibt, z. B. ein stark hämmerndes Ausschlagen bei jeder psychischen Erregung immer wieder kommt, ein feiner Tremor nie in einen grobschlägigen übergeht und umgekehrt.

Die starke Abhängigkeit des Zitterns von psychischer Erregung bringt den Kranken mit Zittern für den Ungeübten sehr oft in den Verdacht der Übertreibung oder der Simulation, besonders wenn unter anderen Umständen bei leichter Arbeit das Zittern völlig zurücktritt. Schuster hat mit vollem Recht betont, daß aber gewisse Formen des Zitterns mit den schnellen Bewegungen nicht auf die Dauer simulierbar sind, und daß überhaupt das Zittern gar nicht häufig simuliert wird. Dagegen ist natürlich zu berücksichtigen, daß Zittern auch bei gesunden Personen vorkommen kann.

Die graphische Untersuchung ergibt bei echtem Zittern eine große Regelmäßigkeit der Kurve, bei Übertreibung und Vortäuschung dagegen ein starkes Durcheinander, so daß von manchen Autoren den Zitterkurven zur Beurteilung ein besonderer Wert beigelegt wird. Vor einer Überschätzung solcher Feststellungen muß aber besonders gewarnt werden, weil eine gewisse Übertreibung aus psychischen Gründen bei der Anwendung von komplizierten Apparaten nicht erstaunen darf, und weil das Vorkommen einer Übertreibung jedesmal nur für das Einzelsymptom, nicht aber für das Gesamtbild von entscheidender Bedeutung ist.

Die Sehnenreflexe bei den Unfallsneurosen und Begehrungsneurosen.

Die Reflexe an den Achilles-, Patellar-, Trizeps- und anderen Sehnen sind gewöhnlich recht lebhaft, und bekannt ist die Ansicht vieler Studenten, gegen die der akademische Lehrer immer wieder protestieren muß, daß damit schon die Diagnose Nervosität oder Neurasthenie gegeben sei. Bei solchen Begründungen pflege ich dem Praktikanten stets mit der sofortigen Prüfung der eigenen Reflexe zu drohen. In der Tat ist es ganz gewöhnlich nur die Erregung, welche im Moment der Untersuchung aus begreiflichen Gründen besteht, welche eine ungewöhnliche Stärke der Reflexe vortäuscht. Prüft man den gleichen Reflex, wie ich es zu tun pflege, so daß man etwa 10—12 Schläge nacheinander macht, so sieht man ganz gewöhnlich rasch eine bedeutende Abschwächung, weil die Momente der Überraschung und des Affektes an Kraft verloren haben. Die zuletzt ausgelösten Reflexe erscheinen dann gewöhnlich als völlig normal.

Noch besser beginnt man mit der Prüfung der Patellarreflexe von den unteren Teilen der Tibiakante her allmählich nach oben rückend. So wird die rein affektive Einstellung des Momentes stark zurückgedrängt.

Übrigens sind natürlich die häufig lebhaften Reflexe bei Gesunden sehr zu berücksichtigen.

Fein traf bei seinen systematischen, auf meine Veranlassung vorgenommenen Untersuchungen an Gesunden unter 100 Studenten 20mal die Patellarreflexe und 12mal die Achillesreflexe lebhaft, bei 25 Männern der Sprechstunde ohne neurotische Störungen 9- bzw. 3mal, bei 50 leicht organisch kranken Frauen der Sprechstunde 23- bzw. 9mal.

Es gibt aber Zustände, bei denen in der Tat eine starke Reflexsteigerung dauernd auch bei der modifizierten Form der Prüfung bestehen bleibt, und bei der Fußklonus und Patellarklonus fast regelmäßig auszulösen sind; so gehören hierher die Mehrzahl jener gewöhnlich der Hysterie zugezählten Fälle von spastischer Paraparese und andere mit Schütteltremor verbundene verwandte Formen.

Der Unterschied von organischen Erkrankungen liegt stets im Fehlen der pathologischen Reflexe (Reflexe von Babinski, Oppenheim, Strümpell, Bechterew).

Gelegentlich sieht man Zuckungen vor Beklopfen der Sehnen eintreten. Das kommt auch bei Ausschluß jeden Gedankens an Übertreibung vor aus psychischen Gründen der Angst oder der Erwartung. Ist man über die Entstehung im Zweifel, so untersucht man am besten bei verbundenen Augen oder die Achillesreflexe von hinten her im Knien.

Die Hautreflexe.

Die Hautreflexe sind bei den Unfallsneurosen wie bei den hysterischen und neurasthenischen Erscheinungen fast immer vorhanden. Wenn sie gelegentlich da oder dort fehlen, so muß an außerhalb der Neurose liegende Gründe gedacht werden. Insbesondere gehören die Bauchdeckenreflexe und Kremasterreflexe zu den sehr konstanten Befunden unter normalen oder neurotischen Bedingungen, selbst bei Anästhesien; ja gar nicht selten sind die Bauchdeckenreflexe besonders gesteigert, so daß ich bei Prüfung auf Zuverlässigkeit bei den der Simulation verdächtigen Leuten die Striche der Sensibilitätsprüfung ganz besonders auch am Abdomen durchführe. Wenn dann selbst bei jedesmaligem Eintreten eines starken Reflexes und gewöhnlich damit verbundenem leichtem Zusammenzucken oder Anziehen des Beines immer noch keine Empfindung irgendwelcher Art angegeben wird, so ist der Verdacht sicherlich nicht unbegründet. Nur bei schlaffen Bauchdecken können die Reflexe nie ausgelöst werden.

Auch die Fußsohlenreflexe sind vielfach sehr lebhaft, mitunter sogar abnorm stark, aber schwer zu verwerten, weil hier normalerweise sehr starke Verschiedenheiten des Kitzelgefühls vorhanden sind.

[Oppenheim gibt die Hautreflexe für Unfallsneurosen als wechselnd, meist aber als abgeschwächt oder erloschen an, namentlich in den anästhetischen Zonen. Bruns verzeichnet sie als meist vorhanden. Seine Angaben, sowie die Begründung von Romberg, daß dieses Fehlen sehr für Objektivität einer Anästhesie spreche, ist sicherlich nicht begründet und an anderer Stelle widerlegt. Auch Kraepelin spricht von meist normalen Reflexen. Berücksichtigt man diejenigen Reflexe, die nahezu konstant vorkommen, so ergibt sich kein Unterschied gegenüber der Norm. Werden aber die inkonstanten Hautreflexe bei Unfallsneurosen negativ gefunden, so ist der Begutachter eben immer geneigt, darin Zeichen des Leidens zu sehen, ein Verhalten, das unmöglich als objektiv bezeichnet werden kann.

Wie stark auch die Verwertung der Hautreflexe für die Realität der Anästhesie außer Kurs gekommen ist, belegt wiederum aufs deutlichste das neue Buch Oppenheims über die Kriegsneurosen. Von den neun Affektionen traumatischer Hysterie wird ausdrücklich das normale Verhalten der Hautreflexe selbst bei ausgedehnten Anästhesien angegeben, oder es fehlen alle Angaben über Hautreflexe.

Auch unter den sehr zahlreichen Hysteroneurasthesien und den eigentlichen traumatischen Neurosen traf Oppenheim normale Hautreflexe, oder er gibt keinerlei Abnahme an, nur im Falle 35 steht Fußsohlenreflex null, aber Kremasterreflex positiv.

Wenn also Oppenheim selbst bei einer so großen Serie von Unfallsneurosen keinerlei Abnormitäten der Hautreflexe mehr auffinden konnte, dann dürfte er damit seine frühere Angabe von dem häufigen Vorkommen und der Beweiskraft für die Objektivität der Anästhesien selbst widerlegt haben.

Die Schleimhautreflexe.

Störungen der Schleimhautreflexe galten früher als besonders wichtige Zeichen zur Feststellung von Hysterie. So erklärte Briquet, daß Anästhesie der Konjunktiva bei Hysterie „so häufig sei, daß sie geradezu als Kennzeichen der Hysterie zu gelten habe“. Und Binswanger legt den Satz nieder: „Auch konnte meistens die Diagnose Hysterie durch das Fehlen der Konjunktival- und Würgreflexe und durch umschriebene Hyperästhesien und Hyperalgesien absolut sicher (!) gestellt werden, besonders auch für Unfallsneurosen“ (S. 263 der Hysterie-Monographie).

So sehen wir denn auch heute noch vielfach Ärzte, die glauben, aus dem Fehlen des Konjunktivalreflexes ohne weiteres die Diagnose gestellt zu haben, was doch wohl nicht anders als eine furchtbare Gedankenlosigkeit bezeichnet werden kann.

Auf diesem Punkte hat dann auch die Opposition gegen solche Überspannung des Hysteriebegriffes energisch eingesetzt. Ich führe nur an, daß Binswanger selbst an anderer Stelle den Lidschlußreflex als kein verläßliches Mittel zur Feststellung der Diagnose Hysterie bezeichnet hat, und Oppenheim (Lehrbuch) die Angabe macht: „Der Reflex ist auch bei Gesunden oft sehr schwach ausgesprochen und kann auch willkürlich unterdrückt werden.“

In der unter meiner Leitung durchgeführten Arbeit von Fein ergab sich für 100 gesunde Studenten, die nie einen Arzt wegen Nervosität aufgesucht hatten, Fehlen des Konjunktivalreflexes in 52 Fällen, und Steigerung 20mal. Unter 25 Männern im Alter zwischen 20 bis 34 Jahren, die wegen leichten organischen Affektionen die Sprechstunde der Poliklinik aufgesucht hatten, ergab sich Fehlen des Konjunktivalreflexes in 18 Fällen = 72 %; unter 50 Frauen, ebenfalls mit leichten organischen Affektionen, waren 31 = 62 % ohne Konjunktivalreflexe.

Nach diesen letzten Untersuchungen dürfte es höchste Zeit sein, die Untersuchung auf Konjunktivalreflexe für Neurosen ganz aufzugeben, jedenfalls keinen Schluß aus dem Fehlen oder Vorhandensein zu ziehen.

Das Verschwinden des Kornealreflexes dagegen muß wohl, wenn er bei wiederholten Untersuchungen im vollen Umfange der Kornea als erloschen getroffen wird, stets als pathologisch, nicht aber als Zeichen der Hysterie angesehen werden.

Oppenheim (Lehrbuch), der diese heute wohl allgemein geltende Ansicht ebenfalls vertritt, fügt aber bei, daß es ihm scheine, daß der Kornealreflex bei Gesunden ausnahmsweise sehr wenig ausgeprägt sein könne. Und auch an anderer Stelle empfiehlt er, nicht außer acht zu lassen, daß die Inten-

sität des Reflexes bei Gesunden schon in weiten Grenzen schwanke. Auch S. Erben gibt an, daß die Kornea bei fast einem Drittel gesunder Menschen unterempfindlich gegen Berührung ist.

Fein konstatierte bei einmaliger Untersuchung unter 75 gesunden Studenten 7mal Fehlen (= 9,3 %) und 4mal Herabsetzung, 1mal Steigerung. Bei 25 Männern mit leichten organischen Erkrankungen in der Sprechstunde bei einmaliger Untersuchung 4mal (= 16 %) Fehlen des Kornealreflexes und bei 33 Frauen unter gleichen Verhältnissen 9mal Fehlen (= 27,3 %).

Der Kornealreflex spielt übrigens, soweit ich die Literatur überblicke, bei den Unfallsneurosen kaum irgend eine Rolle. Es dürfte aber nach den eben mitgeteilten Befunden eine sehr starke Abschwächung oder ein gelegentliches Fehlen noch keineswegs für irgendwelche Schlüsse verwendbar sein, soweit es sich um Neurosen handelt.

Ganz ähnlich ist es mit der Verwertung des Rachenreflexes. Oppenheim (Lehrbuch) schreibt darüber: „Es gibt Personen, die von Haus aus wenig empfindlich sind gegen Berührung des Gaumens. Das Fehlen des Reflexes ist also keineswegs immer ein sicheres Zeichen eines pathologischen Zustandes“, und Lewandowsky (Die Hysterie, Berlin 1914): „Da der Rachenreflex auch bei Gesunden fehlen kann, so kommt ihm eine praktisch-diagnostische Bedeutung ohnehin nicht zu.“ Engelhardt (In.-Diss. Bonn 1893) traf bei Nervengesunden in 25—26% Fehlen, in 17—18 % Herabsetzung des Rachenreflexes, während von zehn Hysterischen sieben regelrechtes Vorhandensein ergaben. Stursburg (Münchn. med. Wochenschr. 1902): „Das Erlöschen des Rachenreflexes ist kein hysterisches Zeichen.“ Er fand nicht einmal ein häufigeres Fehlen des Rachenreflexes bei Hysterischen gegenüber Gesunden, sondern bekam unter 123 Hysterien über 67 % normale Reflexe.

Binswanger legt nach dem Hinweis auf das Fehlen des Schlund- und Würgreflexes bei vielen Gesunden und ihr Vorkommen anderseits verhältnismäßig häufig bei ausgeprägter Hysterie den Satz nieder, daß heutzutage die früher vielerorts geübte Methodik, durch die Beschaffenheit des Schlund- und Würgreflexes die Diagnose Hysterie zur Entscheidung zu bringen, wohl als endgültig überwunden angesehen werden könne.

Störungen im Bereich der Sinnesorgane bei Unfalls- und Begehrungsneurosen.

In der etwas weiter zurückliegenden Literatur wird kleinen Unterschieden in der Größe der Pupillen eine sehr erhebliche Bedeutung für die Störung im Sinne einer traumatischen Neurose und für die Beweisführung beigelegt. In der Oppenheimschen Monographie spielt diese Erscheinung eine außerordentliche Rolle und wird als häufig bezeichnet. Besonders die Erweiterung der Pupille auf der betroffenen Körperseite wird als „recht häufig“ angesehen, sofern im Halbdunkel untersucht werde. Ferner wird auf die Steigerung des Unterschiedes während eines Angstanfalles und im Affekt besonders hingewiesen. Oppenheim hält die Pupillendifferenz mit Erweiterung auf der kranken Seite als Zeichen einer Sympathikusstörung; denn zuweilen würden auch andere auf den Sympathikus zu beziehende Störungen gefunden.

Auch bei diesem Symptömchen muß wieder mit größter Entschiedenheit verlangt werden, daß eine genaue augenärztliche Untersuchung, be-

sonders auf die brechenden Medien des Auges, jede andere Ursache der Differenz ausschließe; vorher ist einfach gar nichts zu sagen, und da diese einfache, aber zwingende Forderung in der Literatur, soweit ich sehe, nirgends erfüllt ist, so ist eben auch in dieser Beziehung wieder kritiklos etwas in die Lehre der traumatischen Neurosen hineingebracht worden, das keinerlei Wert hat.

Befragt man die akademischen Vertreter der Augenheilkunde, ob etwa selbst bei Schmerzen im Auge die Pupille auf der kranken Seite weiter wäre, so bekommt man die Antwort, daß darüber gar nichts bekannt sei.

Was für eine Haarspalterei in solchen Dingen von manchen Neurologen getrieben wird, belegt die Angabe von Oppenheim in seinen Kriegsneurosen S. 69, natürlich auch wieder ohne jede Prüfung des Auges selbst: „Die linke Pupille und Lidspalte ist vielleicht eine Spur weiter wie die rechte (?)."

Ich glaube nicht, daß man sich überhaupt noch vorsichtiger und unbestimmter ausdrücken kann! „vielleicht", „Spur", „(?)".

In der neueren Literatur ist denn auch das Zeichen stark aus der Mode gekommen, obgleich, wie wir sehen, manche Autoren immer noch damit liebäugeln. Wie enorm übrigens doch schon auch bei Oppenheim die Pupillendifferenz an Wert eingebüßt hat, zeigt aufs deutlichste der Umstand, daß er unter allen Kriegsneurosen nur noch 2mal analoge Befunde verzeichnet: Fall 16 „Spur" (!) und Fall 32 „etwas". Dieser Pupillenunterschied ist ja von Oppenheim früher mehrfach als sicheres und objektives Zeichen für das Vorhandensein von Schmerzen auf der gleichen Seite angesprochen worden.

Damit ist es aber absolut nichts, und es ist allerhöchste Zeit, solche ganz mangelhaft begründete Symptömchen in dem großen Abgrund verschwinden zu lassen, in den schon sehr viele andere gleichwertige Beweise für Neurosen versunken sind.

Schon Bumke will nur Pupillendifferenzen in der Pathologie verwertet wissen, die 1—2 mm überschreiten. Iwanoff hat unter 134 Rekruten nur bei 9 % beide Pupillen gleich getroffen, und in der neuesten Bearbeitung der Frage durch Walter (N. Z. 1916, S. 619) ist gesagt, daß Pupillendifferenzen bei Gesunden so gewöhnlich sind, daß ihnen keine pathologische Bedeutung zukomme. In einer speziellen Untersuchungsreihe bei Verletzten erwies sich die Oppenheimsche Angabe über die weitere Pupille auf der Seite des Schmerzes als durchaus unrichtig.

Eine geradezu kardinale Rolle spielte nun ein anderes Augensymptom, die Einengung des Gesichtsfeldes, das man schlechtweg als das Paradepferd für den Nachweis der Hysterie und der traumatischen Neurosen bezeichnen kann. Eine große Literatur der früheren Zeit ist der Ausdruck der überragenden Bedeutung, die der Erscheinung zugeschrieben worden ist.

Auch die Bedeutung dieses „sichersten" Zeichens für eine Neurose muß ich grausam zerstören und kann vor allem anführen, daß ich bei genauesten, stets mehrfach vorgenommenen Prüfungen sehr zahlreicher Fälle durch den Augenarzt (Prof. Sidler) nicht ein einziges Mal, selbst nicht bei den schwersten Unfallsneurosen, einen positiven Befund erhoben habe, selbst dann nicht, wenn vorher von anderen Begutachtern nach mehr oder minder rasch vorgenommenen Prüfungen ein positives Resultat angegeben worden war. Der Grund für meine Ergebnisse liegt darin, daß eine Prüfung von Wert nicht nur einmal vorgenommen werden muß,

sondern mehrfach, vor allem aber darin, daß man sich die Indolenz und den schlechten Willen der Leute nicht einfach gefallen lassen darf, und daß bei Zuständen stärkerer Apathie selbstverständlich eine solche die Aufmerksamkeit in hohem Grade in Anspruch nehmende Untersuchung so wenig durchgeführt werden kann, wie irgend eine andere psychische Probe. Auch andere Vertreter der Augenheilkunde (Prof. H a a b, Prof. S c h l e i c h) haben mir gegenüber in bestimmtester Weise die volle Bedeutungslosigkeit der Gesichtsfeldprüfung für die Erkennung von Neurosen vertreten.

Man könnte die Prüfung nur etwa dahin verwerten, ob man von den Patienten prompte und anscheinend zuverlässige Angaben erhält. In diesem Sinne als Prüfung für die Aufmerksamkeit, den guten Willen und die Zuverlässigkeit verwende ich die grobe Prüfung des Gesichtsfeldes sehr häufig. Erfolgen alle Angaben rasch und dem eigenen Gesichtsfelde entsprechend, so hat man den Nachweis erbracht, daß eine Täuschung und Überteibung von seiten des Patienten in dieser Prüfung durchaus vermieden wurde. Ein sofortiger Schluß aber aus einem abweichenden Resultat ist an sich nicht möglich; jetzt müssen genauere Untersuchungen vorgenommen und die Befunde mit dem ganzen psychischen Verhalten und dessen Schwankungen verglichen werden.

In einzelnen Fällen kann die rasche Ermüdung bei der Prüfung einen gewissen, wenn auch sehr kleinen Wert beanspruchen; die Ermüdung wird aber stets viel rascher und zuverlässiger aus dem Gesamtverhalten zu erheben sein.

Daß auf Grund der Autosuggestion bei Neurosen ein eingeschränktes Gesichtsfeld zustande komme, möchte ich entschieden bestreiten; daß es unter Umständen durch suggestive Prüfungen eines Arztes entstehen kann, darüber herrscht kein Zweifel; ganz besonders dann, wenn bereits frühere Ärzte den Kranken auf diese „wichtige Störung" aufmerksam gemacht haben und nun der Patient mit dem Vortragen seiner Entschädigungsklagen auch diese Schädigung seiner Gesundheit vorbringt.

Das konzentrisch eingeschränkte Gesichtsfeld ist also ein Artefakt der ärztlichen Untersuchung und sein früher so großer Glanz ist heute völlig verblaßt. Es gibt wohl kaum ein Feld, auf dem die Neurologie sich so völlig verrannt hatte, wie dieses.

Ich will zum Beweise dafür nur einiges aus der früheren Auffassung beibringen.

O p p e n h e i m (S. 139 ff.): „Von den Anomalien der Sinnesorgane ist die wichtigste und häufigste die Sehstörung." „Dieselbe ist nur ausnahmsweise so beträchtlich, daß nur zentral gesehen wird und die Orientierung im Raum mehr oder weniger beeinträchtigt ist." Gegen diese selteneren Fälle muß sofort Verwahrung eingelegt werden. Auch da könnte es sich, wenn etwas Derartiges einmal angegeben wurde, nur um ein weiteres Kunstprodukt handeln; denn die konzentrische Gesichtsfeldeinengung ist bei Neurosen stets nicht bewußt und nicht selbst empfunden. Darüber sind alle Forscher absolut einig.

„Sehr beachtenswert ist es nun, daß die Gesichtsfeldeinengung die einzige Störung auf dem Gebiet der Sensibilität bilden kann und zweifellos zu den konstantesten Symptomen der traumatischen Neurose gehört." „Indessen fehlt auch dieses Zeichen in nicht wenigen Fällen." Es wird dann auf jahrelange Konstanz in einzelnen Fällen und auf den schwankenden Charakter in anderen hingewiesen. S. 216: „Der Befund einer typischen konzentrischen

Gesichtsfeldeinengung für Weiß und Farben ist als ein objektives Merkmal anzusehen."

In stärkstem Gegensatz zu der früher vertretenen Häufigkeit findet Oppenheim selbst unter den Kriegsneurosen in seiner ersten Gruppe von neun traumatischen Hysterien nur 1mal eine konzentrische Gesichtsfeldeinengung (Fall 8); ob erheblich oder nicht, ist nicht angegeben. Unter den Hysteroneurasthenien zeigt die Beobachtung 14 „im ganzen eine konzentrische Einengung mit Ermüdbarkeit, nachdem die Gesichtsfeldprüfung zuerst an der Verständnislosigkeit des Mannes gescheitert war". Der Fall ist aber schließlich zu den Neurasthenien eingeordnet und im Schlußbefund steht die Bemerkung: „Hysterische Symptome sind nicht hervorgetreten."

Danach kann man sicher sagen, daß die Einengung auch für diesen Fall nicht als wichtig angesehen wurde.

In der Beobachtung 26 (eigentliche traumatische Neurose) findet sich der Satz: „Sinnesfunktionen frei, nur Gesichtsfeld auf linkem Auge mäßig eingeengt." In der Zusammenfassung der Hauptbefunde ist das Zeichen nicht erwähnt. Endlich noch die Beobachtung 58 (schwere Form der traumatischen Neurose, wahrscheinlich auch feinere organische Veränderungen), die ich als schwere Kommotions„neurose" mit hysterischen Beigaben auffasse. Hier steht in einem Bericht eines Kriegergenesungsheims „konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes für Weiß und Farben". Drei Tage später aber findet der Nervenspezialist Prof. Sch. das Gesichtsfeld nicht eingeengt, und während der Zeit der Beobachtung durch Oppenheim ist ein Befund über das Gesichtsfeld nicht mitgeteilt.

23 Jahre später also ist die einst so hoch eingeschätzte Untersuchung nur noch ganz vereinzelt von einem stets offenkundig bescheidenen Ergebnis gekrönt; sie ist also bereits so entwertet, daß in der großen Mehrzahl der Fälle die Untersuchung gar nicht mehr als notwendig angesehen worden ist.

Schon im Jahre 1893 hat Strümpell an der Tagung der inneren Mediziner die Meinung vertreten: „Die Anästhesien und die Gesichtsfeldeinengung sind keine objektiven Symptome. Ihr Nachweis spricht deshalb nicht ohne weiteres gegen Simulation, ja es ist sogar besser, gar nicht danach zu suchen, da diese Symptome durch die Untersuchung auf dem Wege der Suggestion erst entstehen könnten."

Bruns (1901) gibt die Möglichkeit suggestiver Einflüsse zu, meint aber, daß diese Erscheinungen bei Ausschluß von Simulation Zeichen für die Hysterie des Untersuchten und für die Beurteilung von Wert sind, weil sie das Vorhandensein der Hysterie sicherstellen (!). Er nennt die Einschränkung des Gesichtsfeldes bei der Hysterie „eine im höchsten Maße wichtige Tatsache".

Außerordentlich umfangreich sind die Versuche, durch besondere Kunstgriffe der Untersuchung das eingeschränkte Gesichtsfeld doch zu beweisen. So sollte nach Wilbrandt und Sänger eine geringe Einschränkung nicht simuliert sein. Hierher zählt ferner der sogenannte Förstersche Verschiebungstypus, bei dem die Untersuchung zuerst von der temporalen Seite durch den Fixierpunkt zur Nasenseite durchgeführt, dann aber nach einiger Zeit nun in umgekehrter Weise vorgenommen wird. Jetzt ergaben sich zwei Gesichtsfelder, bei denen das erste temporal und das zweite nasal größer war. Auch ein

solcher Befund erschien unmöglich simulierbar. Freilich wurde die Erscheinung bald von Wilbrandt und Sänger auf Ermüdung zurückgeführt, und diese Ermüdung wurde nun bei zahlreichen Neurosen, nicht nur bei Hysterien gefunden. Durch wiederholtes Aufnehmen des Gesichtsfeldes konnten solche Ermüdungserscheinungen natürlich noch leichter aufgedeckt werden, und da die Ermüdung stets als ausgesprochen neurasthenisches Zeichen bewertet worden ist, so diente nun lange Jahre die Ermüdungsreaktion der Retina als ein überaus zuverlässiges Symptom der Neurasthenie. Wir lebten so tatsächlich jahrelang in einer Zeit, in der viele Ärzte auf ganz einfache und sicherste Weise den Nachweis der Hysterie durch ein eingeengtes und denjenigen der Neurasthenie durch ein leicht ermüdbares Gesichtsfeld erbringen zu können glaubten, und selbstverständlich war es keine Kunst, auch gleich beide Krankheiten miteinander so zu entdecken!

Durch die Wiederausdehnung des Gesichtsfeldes nach Erholung der Augen im Dunkelzimmer sollte nun der letzte Einwand gegen die sichere objektive Beweisführung zurückgewiesen werden (Wilbrandt) und es würde z. B. bei ganz schweren Fällen hysterischer Einengung des Gesichtsfeldes eine Erholung selbst bei 24stündigem Aufenthalt im Dunkelzimmer nicht eintreten. Gerade diese verlangsamte Erholungsausdehnung im Dunkelraum sollte jetzt jeden Verdacht der Simulation gar nicht mehr aufkommen lassen.

Auf diesen Standpunkt der großen Bedeutung dieser Gesichtsfelduntersuchung und ihrer vielfachen Sicherung gegen Simulation ist z. B. noch die Brunssche Monographie über traumatische Neurosen eingestellt. Nicht mehr so weit geht die Überschätzung solcher Zeichen in der Hysteriemonographie von Binswanger, der zur Skepsis gegenüber den Angaben der Charcotschen Schule mahnte und die Behauptung von Gilles de la Tourette zurückwies, daß die Gesichtsfeldeinschränkung die häufigste aller Anästhesien bei Hysterie sei.

Binswanger erklärte nur die ausgeprägte Gesichtsfeldeinengung als beweisend, und diese sei nicht so häufig, wie bisher angenommen worden sei. Aber ein hoher klinischer und diagnostischer Wert wird dem Symptom immer noch zugeschrieben, ja Binswanger will sogar bei ausgesprochenen kutanen Hyperästhesien nun als Gegenstück auffällige Vergrößerung des Gesichtsfeldes für Farben gefunden haben, ein Befund, der von den Augenärzten als unmöglich richtig bezeichnet wird.

In diesen unglaublich umfangreichen Studien über das Gesichtsfeld bei Neurosen ist überall ein Kardinalfehler als unheilvoller Faktor zur Wirkung gekommen. Es ist die Psyche der Leute gar nicht oder doch viel zu wenig in Berücksichtigung gezogen worden. Wenn wir schon früher sahen, wie schwer, ja oft unmöglich es ist, bei allen Untersuchungen die Aufmerksamkeit und das Interesse der zu Untersuchenden zu fesseln, wie die Additionsmethode nur in ganz beschränktem Umfange überhaupt Resultate ergibt, so kann es wahrhaft nicht wundernehmen, daß alle Resultate bei der so komplizierten Prüfung des Gesichtsfeldes auch mangelhaft ausfallen. Außerordentlich viele der Begehrungsneurotiker haben gar kein Interesse daran, dem Arzt bei den Untersuchungen ent-

gegenzukommen, und müssen stets zur Aufmerksamkeit angetrieben werden, und bei den schwereren Hysterien ist es die Krankheit, welche die Indolenz, Apathie und Unaufmerksamkeit herbeiführt. Es handelt sich also bei dem eingeengten Gesichtsfeld nur um eine Spezialerscheinung, die uns auf allen Gebieten bei diesen Neurosen entgegentritt, um ein mangelhaftes oder völlig fehlendes Entgegenkommen der Kranken gegenüber der ärztlichen Untersuchung. So werden Einschränkungen des Gesichtsfeldes und scheinbare Ermüdungen gefunden, die alle nur aus dem Allgemeinbenehmen der Leute entspringen. Es ist daher nichts mit dieser Augendiagnostik der Hysterie und Neurasthenie, sofern man hinter den Befunden etwas anderes sehen will, als Indolenz und krankhafte oder böswillige Unaufmerksamkeit[1]).

Die Irrtümer, die auf diesem Gebiete begangen worden sind, waren außerordentlich zahlreich und beschämend, und die Vorstellung, auf diesem Wege Schlüsse zur Diagnose Hysterie oder Neurasthenie zu bekommen, mindestens naiv. Selbst Forscher ersten Ranges haben sich da die bedenklichsten Blößen gegeben.

Hierher zählt es, wenn Binswanger als Gegenstück der Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Anästhesien nun umgekehrt bei Hyperästhesien eine Erweiterung des Gesichtsfeldes für Weiß und für Farben konstruiert, wenn Oppenheim (Monographie 1892) annimmt, daß bei starker Einschränkung des Gesichtsfeldes die Leute sich auch im Raum nicht mehr sicher bewegen könnten; wenn Kliniker von großem Ansehen gar nicht so selten allein oder doch vorwiegend auf die Auffindung eines eingeengten Gesichtsfeldes Unfallsneurosen diagnostizieren und nun totale oder doch weitgehende Arbeitsunfähigkeit annehmen.

Aber ebenso falsch ist die früher oft ausgesprochene Annahme der Simulation, wenn das Gesichtsfeld bei kampimetrischer Aufnahme (allmählich größerer Abstand zwischen Untersuchendem und Tafel) nicht an Umfang zunimmt und „röhrenförmig" bleibt. Darin liegt eben ja doch nur die rein psychische Entstehung der Erscheinung ausgesprochen.

Störungen im Bereich anderer Sinnesorgane.

In ganz gleicher Weise und auf ganz gleicher Grundlage können nun selbstverständlich auch auf dem Gebiete des Gehörs, des Geruchs und des Geschmacks Störungen aufgedeckt werden.

Für die zwei letzten Sinne gelten heute die Untersuchungsresultate als sehr wenig zuverlässig, da Störungen des Geruchs und des Geschmacks bei Neurosen nicht nur außerordentlich geringe Bedeutung haben, sondern weil hier abnorme Befunde schon unter normalen Verhältnissen bei un-

[1]) Lewandowsky (1914) spricht von der „sehr übertriebenen Berühmtheit" der Gesichtsfeldeinengung und hält sie wie Klien direkt für simulierbar. F. C. Müller meint, Gesichtsfeldeinengung sei leicht zu simulieren, ja rufe geradezu den Verdacht der Simulation hervor. Reichhardt sagt, es liege meist reine Störung der Aufmerksamkeit vor. Schuster (1899): „Für eine Perimeteruntersuchung bedarf es des guten Willens, der Aufrichtigkeit, der Intelligenz und der Aufmerksamkeit des Patienten. Das sind seltene Eigenschaften der Unfallverletzten." Er selbst habe bei über 200 Fällen (in gemeinsamer Arbeit mit der Hirschfeldschen Klinik) nur 3mal eingeengtes Gesichtsfeld gefunden. Strümpell bezeichnet das Suchen nach diesem Symptom geradezu als „verlorene Zeit"

gebildeten und schwer arbeitenden Leuten aus den breiten Volksschichten vorkommen.

Bei der Untersuchung des Gehörs fällt gelegentlich eine starke Überempfindlichkeit gegen laute Töne, oder ungewöhnlich starker Schwindel bei Prüfung auf kalorischen Nystagmus, oder abnorm starker Schwindel bei Drehbewegungen auf. Alle diese Befunde ordnen sich aber völlig in das psychische Gesamtbild ein una stellen nur Teilerscheinungen desselben dar. Gewiß können sie deshalb bei voller Bewertung der ganzen psychischen Persönlichkeit eine gewisse, wenn auch bescheidene Bedeutung beanspruchen. Mehr noch dienen sie dazu, das Verhalten der Leute gegenüber Übertreibungs- und Simulationsversuchen zu beurteilen. Aber die Scheidung zwischen krankhafter Vorstellung und Suggestion und Übertreibung und Schwindel ist hier oft nicht leichter als sonst, und nur bei ganz groben Täuschungsversuchen kann ein Schluß gezogen werden, und auch dann nur auf dem Boden der eingehendsten psychologischen Untersuchung der Gesamtpersönlichkeit. Leute, die bei jeder Untersuchung offenkundig schwindeln und übertreiben, werden auch hier bei den Prüfungen des Gehörs und des Vestibularapparates sich in gleicher Weise vergehen. Der Vorteil bei diesen Prüfungen liegt nur darin, daß ein enormer und rascher Wechsel der Befunde ganz besonders schön zahlenmäßig belegt werden kann, wie ja auch bei den Sehprüfungen.

Sprachstörungen.

Sprachstörungen kommen nach Unfällen und bei Neurosen aller Art nicht selten vor. Die Kriegsneurosen haben uns gerade jetzt wieder diese Fälle von Mutismus, Aphonie, Stottern zahlreich vorgeführt. Bei den gewöhnlichen Unfällen der Versicherungspraxis ist das Vorkommen von Stottern nicht gerade als selten zu bezeichnen, wohl aber fällt die große Seltenheit der Aphonia hysterica selbst bei schweren traumatischen Hysterien seit langen Jahren auf.

Die allgemeine Erregung der Neurosen gibt sich vielfach aber auch in weniger schweren Störungen wieder, so kommt eine undeutliche, maulfaule Sprache bei den depressiven Zuständen, eine hastige, stolpernde Redeweise bei exaltierten Formen zum Vorschein, wie sich ja gerade in der Sprache und ihrem Ausdruck so außerordentlich viel Psychisches bei allen Neurosen verrät und uns daher wichtige Anhaltspunkte für die Existenz und für die Schwere der Erscheinungen bietet.

Kapitel XIV.

Vorkommen und Häufigkeit der Unfalls- und Begehrungsneurosen.

Über die Häufigkeit unserer modernen Unfalls- und Begehrungsneurosen ist in den Abschnitten des allgemeinen Teils so viel gesprochen worden, daß ich hier manches nur kurz zu streifen habe. Die ungeheure Ausdehnung und Entwicklungsmöglichkeit auf diesem Gebiet ist besonders in dem Abschnitt „Parallelen zu den traumatischen Neurosen“

zur Darstellung gebracht. Es ist oben auch gezeigt worden, daß eigentliche schwere Neurosen nach Unfällen doch nicht häufig sind, wobei natürlich alles von der Begriffsfassung abhängig ist, daß aber die Sucht nach Entschädigung und nach Rente durch die Ausnützung kleiner und kleinster Beschwerden und durch ein Großziehen von Krankheitserscheinungen außerordentlich häufig ist.

Eine geradezu kolossale Zahl von Unfalls- und Begehrungsneurosen bleibt unter organischen Diagnosen versteckt und entzieht sich daher jeder Zählung (Naegeli, 1913). Hierin besteht aber eigentlich gar kein Unterschied gegenüber dem Verhältnis aller Neurosen zu den organischen Affektionen. Die Verkennung psychisch bedingter neurotischer Zustände ist leider auch heute unter Ärzten und Laien noch etwas unglaublich Häufiges, so daß es nach meinem Dafürhalten geradezu eine Hauptaufgabe des akademischen Lehrers ist, immer und immer wieder auf diesen außerordentlich wunden Punkt hinzuweisen. Dazu kommt nun ferner, daß zahllose leichte organische Affektionen nur durch die Mischung mit neurotischen Störungen überhaupt zum Kranksein und zur Arbeitseinstellung führen, und noch viel größer ist das Heer derjenigen, die nach kleinen organischen Störungen monate- und jahrelang tatsächlich einzig wegen Neurosen nicht wieder ihre gewohnte Tätigkeit ergreifen.

Nach diesen Ausführungen wird man es daher begreiflich finden, daß eine große Skepsis in der Frage der Häufigkeit der Unfallsneurosen walten muß und daß von jeder Zahlenangabe auf diesem Gebiete eigentlich von vornherein abzusehen ist.

In Bezug auf das Vorkommen der Begehrungsvorstellungen und Begehrungsneurosen ist besonders hervorzuheben, daß sie in allen Kreisen der Bevölkerung getroffen werden. Gerade bei Reichen habe ich nicht selten die abstoßendsten Fälle gesehen. Dies entspricht einer allgemeinen Erfahrung, Bruns, Albin Hoffmann, Horn, Page, Rumpf, Schultze und mancher andern.

Es sollte daher die Fragestellung gleich von Beginn an anders lauten und heißen: Wie hoch ist die Zahl der nervösen Erkrankungen, die auf Unfälle bezogen werden? Wie ist die Steigerung in den einzelnen Jahren? Wie hoch sind die Summen, die für einzelne Berufsklassen von den Versicherungen oder den Berufsgenossenschaften ausgelegt werden müssen? Wie viele Berufungen[1]) werden alljährlich gegen die Entscheide der Schiedsgerichte oder gegen Gerichtsentscheide bei den Privatversicherungen eingelegt? Es ist klar, daß auch jetzt nur ein gewisser Einblick in diese Verhältnisse dann möglich wäre, wenn sich in allen diesen Beziehungen eine ganz ungewöhnliche Zunahme ergäbe, die mit dem Vorkommen von Unfällen keinen Schritt hielte. Dann müßten es neurotische oder Begehrungsvorstellungen sein, die so große Änderungen bedingten. Eine klare Grenze für Unfallsneurosen gibt es aber selbstverständlich von vornherein nicht.

Wir können nur gewisse Erfahrungen als wegleitende Momente heranziehen, und werden bei diesen Ergebnissen sofort auf die ganz entscheidenden Faktoren des Versichertseins, der Gesetzgebung und anderer sozialer Verhältnisse stoßen.

---

[1]) Antwort siehe S. 109.

In früheren Jahren pflegte die große Mehrzahl[1]) der bei einem Eisenbahnunglück Verletzten oder auch nur Geängstigten Entschädigungsansprüche zu erheben. Seitdem die Ärzte doch nicht mehr so furchtbar schnell bereit sind, alle neurotischen Klagen und Beschwerden sofort sehr hoch einzuschätzen und als Erwerbseinbuße zu taxieren, ist allmählich die Zahl dieser Forderungen zurückgegangen. Immerhin ist sie auch jetzt noch sehr erheblich. So ergab das Eisenbahnunglück bei Müllheim in Baden 52 Psychoneurosen nach Bing und Stierlin auf 99 Zuginsassen, während die große Katastrophe in Mülheim an der Ruhr auf 400—500 Soldaten nach 3 Monaten nur 9 Neurosen zählt.

Das Genauere und die ganz klaren Gründe für diese Unterschiede sind S. 45 erörtert.

In der Schreinerei, so erklärte mir einmal ein Arbeitersekretär, eine gewiß nicht voreingenommene Persönlichkeit, nehme die Zahl der Unfallstage ständig zu, obwohl wegen Einführung von Maschinen die meiste früher gefährliche Arbeit ausgeschaltet sei und dadurch die Zahl besonders der schweren Unfälle abgenommen habe.

So ist es eine allgemeine Erfahrungstatsache, daß in allen Berufsarten die Zahl der wegen Unfall und Krankheit ausgesetzten Tage in stetem Zunehmen begriffen ist und die Auslagen deshalb von Jahr zu Jahr steigen, wie eine Kurve ohne Ende, und das trotz aller Hygiene, trotz aller staatlichen Kontrolle in den Fabriken und Gewerben (Naegeli, 1913). So kann man es erleben, daß plötzlich die Beiträge an die Krankenversicherung der Dienstboten zum Schrecken der Hausfrauen auf das Doppelte heraufgesetzt werden müssen und daß in manchen Berufen die Auslagen im Laufe von etwa zwanzig Jahren zu Versicherungszwecken (Akkumulatorenfabriken) trotz aller neuen hygienischen Einrichtungen um das Zweieinhalbfache gestiegen sind (Naegeli).

Auf diesen Gründen immer längerer Verschleppung der Krankheit beruht das gutbewährte Prinzip der privaten Versicherungen, unter allen Umständen bei Unfall oder Krankheit, selbst gegen hohe Abfindungen, definitive Erledigung herbeizuführen, ein Prinzip, das ja sonst ganz unverständlich bliebe.

Sehr wegleitend zur Entscheidung sind ja auch die Beispiele, die ich unter dem Abschnitt der fehlenden Parallelen zu den traumatischen Neurosen gegeben habe, wo ich zeigte, daß bei Ärzten und Offizieren trotz zahlreicher Verletzungen und Schädigungen die Verhältnisse durchaus anders liegen.

Entscheidend ist natürlich die Kenntnis der Neurosen vor den Versicherungsgesetzen und nachher, der Vergleich zwischen der „guten alten Zeit“ und der Jetztzeit. Auch in dieser Beziehung ist oben schon vieles ausgeführt (siehe die Angaben von Braun[2]), Bruns, Krönlein, Kocher, Zangger).

Je mehr Haftpflicht und Versicherung eingeführt werden, desto größer ist die Zahl der Neurosen und der Begehrungsneurosen. Darüber hat uns die Einführung der Invaliditätsversicherung[3]) die Augen gründlich geöffnet. Der Jurist Staatsrat Rümelin schreibt (1914) auf S. 65 seiner zitierten Arbeit: „Die Prozesse würden wie Pilze aus der Erde

[1]) Siehe darüber S. 44 ff.

[2]) S. 27.

[3]) Siehe S. 34 ff., besonders die Zahlen von Beyer.

schießen, die Fälle der Rentenhysterie würden sich noch erheblich vermehren, wenn einmal die staatliche Ersatzpflicht anerkannt wäre für Schädigungen, die im Spitalbetrieb durch ärztliche Maßnahmen entstehen."

Die Klagen über Röntgenschädigungen haben uns ja auch in dieser Beziehung schon sehr gut aufgeklärt. Mit größter Naivität haben Leute mit leichten Röntgenbrandwunden einem mir gut bekannten Arzt erklärt: „Unsere Klage gegen Sie macht Ihnen ja nichts, Sie sind ja versichert, und die Versicherung muß zahlen." Ich habe es selbst erlebt, daß sonst für durchaus anständig geltende Leute solche gemeine Redensarten ihren Ärzten gegenüber vorgebracht haben, sogar nach Gratisbehandlung und außerordentlichem Erfolg der Bestrahlung bei Leukämie, und daß sie von ihren Forderungen auf Geld sich auch dann nicht abbringen ließen, wenn sie vorher auf die Möglichkeit einer kleinen Verbrennung ausdrücklich aufmerksam gemacht worden waren und ein als Experte angerufener Arzt sie zu bekehren gesucht und ein Vertreter der Arbeiterorganisation sie von der ungerechten Forderung hatte abbringen wollen. Geld, nichts als Geld! Da hört jede Logik und jeder Anstand auf. Das Gift verseucht den ganzen Körper.

Mit Recht schreibt Hellpach: Die Rentenhysterie ist weniger in den Akten als in der Wirklichkeit.

Rumpf erklärt, in 5 Jahren gegen dreitausend Unfallsneurosen gesehen zu haben.

Angesichts dieser klaren Erfahrung und der obigen Ausführungen kann ich daher den bisher vorliegenden Statistiken über die Zahl der Unfallsneurosen keinerlei Beweiskraft beilegen und halte ich eine Erörterung derselben (Merzbacher, Becker, Stursberg, Blind) nicht für nötig, zumal manche Erhebungen schon rein vom statistischen Standpunkt aus haltlos sind (Bernhard).

Kapitel XV.

Die Prognose der Unfallsneurosen.

In zahlreichen und vielfach belegten Ausführungen ist bereits die überaus günstige Prognose jener Unfallsneurosen wiedergegeben worden, in denen irgendwelche Entschädigungs-, Genugtuungs- oder Begehrungsfragen nicht in Betracht kommen (siehe fehlende Parallelen S. 41 ff. und Endergebnisse S. 155 ff.). Nach kürzester Zeit, oft in wenigen Tagen, ist Heilung der regelmäßige Ausgang, sofern nicht eine Neurose von früher her schon besteht, oder nicht der Boden für schwere Nervosität und Psychopathie vorliegt.

Auch jetzt im Krieg sehen wir trotz schwerer Verletzungen und trotz enormer Einflüsse auf die Psyche doch nur eine unverhältnismäßig kleine Anzahl Leute an Neurosen erkranken, und berichten namentlich die Truppenärzte von der Front, daß sie das sofortige Eintreten schwerer psychogener Störungen kaum je gesehen hätten. Sofort einsetzende hysterische Astasie-Abasie-Formen, Aphonie u. dgl. an der Front sind entschieden als selten zu bezeichnen.

Freilich kommen Erregungs- und Befürchtungszustände namentlich bei frisch in sehr gefährliche Stellungen einrückenden Truppen, wiederum nach Aussagen der Truppenärzte, öfters in großem Umfange vor. Einer meiner Assistenten erzählte mir, daß von 250 eben in die vorderste Stellung zum ersten Male eingesetzten Soldaten am folgenden Tage 80 sich krank gemeldet hätten, fast alle mit rein neurotischen Erscheinungen. Durch Zuspruch und festes Auftreten des Arztes aber seien 79 gleich wieder in die Stellung zurückgekommen und in der Folgezeit nicht nur nicht mehr nervös erkrankt, sondern sogar sehr tüchtige Soldaten geworden. Der Schützengraben sei, so paradox es klingen möge, geradezu ein Heilmittel gegen Neurosen! Ganz gleiche Erfahrungen habe ich von verschiedenen Seiten mitgeteilt bekommen.

Das feste und bestimmte Auftreten des Arztes, die Aussichtslosigkeit, wegen kleinerer nervöser Störungen ins Lazarett zu kommen, heilt leichte Neurosen; das Nachgiebigsein und die Unsicherheit des Arztes züchtet sie. So ist eben tatsächlich im Krieg, wie bei Katastrophen, der Verlauf der Neurosen in allererster Linie nicht von der Disposition des Nervensystems, sondern von äußeren Umständen abhängig, ob Aussicht besteht, einen Vorteil zu erreichen oder nicht, und deshalb hat das Versichertsein einen so überaus ungünstigen Einfluß auf das Gesundwerden.

Bei den Versicherten hat es sich nun gezeigt, daß in ganz fundamentaler Weise ein Unterschied besteht zwischen den Leuten, die mit Kapitalabfindung ein für allemal erledigt, und jenen, die durch fortlaufende Rente entschädigt werden. Dieser Unterschied ist in den letzten Jahren mit so erdrückendem Material herausgehoben worden, daß heute alle Welt (vgl. die eben gefaßten Beschlüsse der Deutschen Psychiatrischen und der Deutschen Neurologischen Gesellschaft in München, Sept. 1916) für die einmalige Kapitalabfindung eintritt.

Meine Arbeit von 1909 (Vortrag in der Versammlung der Schweizer Ärzte in Olten), gedruckt erschienen 1910, enthielt die ersten eingehenden Ergebnisse über das weitere Schicksal der mit Kapitalabfindung erledigten Unfallsneurosen und kam zu folgenden Schlüssen:

„Es ist mir also unter 138 wahllos herausgegriffenen Fällen, die als traumatische Neurose begutachtet worden waren, nie gelungen, eine bleibende, durch die Neurose bedingte Erwerbseinbuße festzustellen. In allen Fällen, in denen der Lohn in der Zukunft geringer ausfiel, lagen entweder verkannte organische Affektionen vor oder dann aber so schwere traumatische Verletzungen, daß eine Erwerbsschädigung als reine chirurgische Folge anzusehen war. Die wenigen Ausnahmen sind oben genauer erklärt worden.

Wohl aber sehen wir, daß zahlreiche Leute, die als traumatische Neurose zu 30—50—80 % bleibend erwerbsunfähig taxiert worden waren, schon nach ganz kurzer Zeit wieder voll verdienen, teilweise sogar mehr als vorher und mehr als der Lohnsteigerung entspricht.

In bezug auf die Wiederaufnahme der Arbeit ist zu sagen, daß diese nach der Erledigung außerordentlich schnell wieder begonnen worden ist. In mehr als 20 Fällen war die Arbeit überhaupt nicht ausgesetzt, in zahlreichen anderen dauerte es nur wenige Tage bis zur vollen Berufsaufnahme, bei anderen einige Monate. Wiederholt wurde anfänglich wegen des Berufswechsels zuerst etwas weniger Lohn erworben, häufig aber auch sofort der frühere, ja selbst ein höherer Lohn erzielt.

Ganz gewöhnlich wurde nach einigen Monaten, selten erst nach $\frac{1}{2}$—1 Jahr der volle Lohn erreicht; ein außerordentlicher Widerspruch zu den Begutachtungen!

Medizinisch sind die meisten nach wenigen Monaten oder Jahren geheilt; eine erhebliche Zahl aber gibt noch Beschwerden an. Zum Teil lassen sich solche Beschwerden objektiv nachweisen, schädigen aber die Erwerbsfähigkeit nicht, zum Teil sind sie offenkundig übertrieben oder erwiesen unwahr. Fast nie wurde jemals später noch ein Arzt zugezogen.

Von 138 Fällen erledigter „traumatischer Neurosen" (so in den Begutachtungen bezeichnet) sind 115 voll erwerbsfähig. Bei 80 läßt sich das durch genaue Feststellung des Lohnes beweisen, denn sie sind wieder Lohnarbeiter. 17 haben den Beruf gewechselt, und es läßt sich bei ihnen der Erwerb nicht zahlengemäß angeben. Da diese Leute aber selbständig geworden sind mit dem kleinen Kapital, das sie erhalten haben, und nicht zur Lohnarbeit zurückkehren, so darf unter genauester Würdigung aller Verhältnisse angenommen werden, daß sie sich mindestens so gut wie früher stellen. Von 4 Personen kenne ich den Lohn zurzeit nicht, ich weiß aber ganz genau durch eigene Untersuchungen, daß sie gesund sind und sich selbst als gesund erklärt haben. Ein Mann mit Schädelbasisfraktur hat später wieder gearbeitet, ist zurzeit aber noch nicht auffindbar. Hätte er noch Beschwerden und Lohneinbuße, so wäre das wohl schon durch die Basisfraktur und endlich durch seinen schweren Alkoholismus zu erklären. 13 sind Simulanten, also voll erwerbsfähig, wenn die Diagnose richtig ist. Von 8 Fällen dieser Kategorie kann ich durch die Erkundigungen (Lohnliste) die volle Erwerbsfähigkeit beweisen.

Erwerblich geschädigt sind 20. Davon fallen aber 16 auf schwere organische Läsionen (5 Basisfrakturen, 5 schwere Commotio cerebri, wohl meist auch mit Schädelbrüchen. Dreimal handelte es sich um organische Rückenmarksaffektionen, die unrichtig als traumatische Neurosen bezeichnet worden sind, einmal um chronische Ischias, einmal Arteriosklerose und chirurgische Residuen, einmal angeborener Schwachsinn und Residuen vieler chirurgischer Verletzungen). Alle diese 16 Fälle haben ihre Erwerbseinbuße den klar zutage liegenden organischen Störungen zuzuschreiben. So ist die Übereinstimmung der bleibenden Störungen bei den 10 Fällen schwerer Schädelverletzungen mit den Feststellungen von Brun-Luzern (Der Schädelverletzte und seine Schicksale, Bruns' Beitr.) geradezu eine frappierende.

Vier Männer sind gestorben, zweimal Tub. pulm., einmal syphilitische Rückenmarksaffektion (irrig als traumatische Neurose bezeichnet), einer an Herzschlag. Es bleiben vier Geschädigte. Davon hätte ich einen Fall, weil nicht ganz klar (Psychopathie), eigentlich ausscheiden sollen. Außerdem wirken bei diesen Patienten noch andere Faktoren stark mit, wie z. B. die Enterbung und später von anderer Seite Rentenentschädigung. Zwei der Geschädigten verdienen heute, ein Jahr nach der Begutachtung, noch nicht den früheren Lohn. Sie sind zwar gesund und bezeichnen sich als voll erwerbsfähig, aber sie haben noch nicht eine gute Stelle seit der Entlassung gefunden. Es handelt sich um Pseudoerwerbsschädigung durch äußere Faktoren. Der letzte endlich ist ein alter Mann, entlassen wegen Diebstahl im Geschäft. Jetzt erinnerte er sich einer früheren Verletzung und macht Entschädigungsansprüche geltend. Er wird mit

kleiner Summe abgefunden. Nach 2 Monaten hat er keine Beschwerden mehr, aber als alter Mann findet er keine Anstellung."

Trotz aller Aufforderungen in ärztlichen Vereinen und Zeitschriften, mir einen einzigen Fall ungeheilter, erwerbsbeschränkter Unfallsneurose nach Kapitalabfindung zu zeigen, und trotz zahlreicher eigener weiterer Nachforschungen über das Endschicksal neuer Fälle, ist mir bisher immer noch keine solche Ausnahme begegnet oder mitgeteilt worden.

Auch die Armenpflege der Stadt Zürich konnte kein einziges Beispiel beibringen.

Damit war nun der schneidendste Gegensatz geschaffen zu dem Nichtheilenwollen jener Millionen von Unfallsneurosen, die unter dem Rentenverfahren niemals freiwillig Besserung zugeben.

Fast gleichzeitig hat Wimmer (1910) über seine Erfahrungen in Dänemark berichtet. Das dänische Gesetz verlangt eine vorläufige Abfindung mit Kapital 1 Jahr nach dem Unfall. Bleiben später weitere Folgen bestehen, so wird nach 1—2 Jahren eine zweite, letzte Abfindung gegeben. Ein großer Teil (1898—1907 54 von 104 Fällen) war durch die erste Abfindung schon erledigt. Es waren meistens reine und leichte Neurosen. Die Erwerbseinbuße wurde durchschnittlich zu 20 % angenommen und dafür etwa 1000 Mark bezahlt. Auch bei der zweiten Abfindung wurden durchschnittlich nur 1300 Mark bezahlt, unter der Annahme einer Erwerbseinbuße von 24 % im Durchschnitt. Nach diesen Grundsätzen abgefunden traf Wimmer 59 von 63 der reinen Neurosen als praktisch geheilt, also 93 %. Er untersuchte nun das Schicksal von 60 Patienten nach der zweiten Abfindung. Von 16 fehlt eine Nachricht, es bleiben noch 44. Davon sind 17 reine Neurosen, 13 sind gut geheilt, weil sie voll verdienen (Prinzip der praktischen Heilung), 4 sind dauernd Invalide. Prüfen wir diese 4 Fälle!

Fall 1: Hysterie. Angaben sehr knapp, vieles zur Beurteilung nicht genügend klar. Arbeitet nach Jahren mit 30 % Lohnverminderung.

Fall 2: Elektrischer Stoß am rechten Auge. Wenn, wie angegeben wird, nachher dauernd geringere Merkfähigkeit und Charakterveränderung (gemütliche Depression, Wutanfälle) bestehen, so halte ich das für eine organische Gehirnaffektion nach Unfall oder für angeborene Psychopathie. Der Mann ist später mit Pension entlassen worden. Dann war aber die frühere, zweite, sogenannte definitive Erledigung nicht wirklich definitiv gewesen! Er hatte also noch anderes Geld in Aussicht und kam jetzt in Pension, das ist in Rentenabfindung.

Fall 3: Ertrinkungsgefahr. Hysterische Lähmung. Mittelstarker Alkoholiker (!), Querulant (!). Verminderung der E.E. um 50 %. Die so oft betonte Verbindung Alkoholismus und Querulieren zeigen auch hier, wie wenig wohl tatsächlich der Unfall die bleibende Erwerbsunfähigkeit bedingt, sondern Psychopathie und Minderwertigkeit.

Fall 4: 55jährige Frau, Kontusion nach Fall. „Klassische Hysterie." Auch hier, wie im vorhergehenden Fall, kommt ein zweiter Unfall hinzu, der wieder Geld bringt. Jetzt 60jährig. 3 Jahre nach dem Unfalle Zustand ganz gleich. Völlige E.E.

Ich kann nicht finden, daß diese Beobachtungen irgendwie gegen meine Ansicht sprechen.

Von den 27 komplizierten Neurosen kennt Wimmer 3 Fälle als ganz geheilt, 24 als ungeheilt (peripherische Nervenverletzung, zum Teil mit degenerativer Lähmung, Schulterversteifung, Beckenbruch,

3 Gehirnerschütterungen, davon 1 inbezill (9), 7 in vorgerücktem Alter (Durchschnitt 63 Jahre), 6 traumatische Hirndegenerationen, 1 schwere Lungentuberkulose, 1 chronischer Alkoholismus und Tod). — All dies fällt aber weit außerhalb des Gebiets der traumatischen Neurosen.

Eine zweite Arbeit von Wimmer (1913) bringt für die Prognose kaum weitere Beiträge. Es zeigt sich nur, daß die dänische Gesetzgebung bei der ersten Abfindung oft lächerlich kleine Summen zahlt und dadurch wohl sicher viele Leute zur Arbeit zwingt und damit einen wichtigen Heilfaktor einführt.

Ich ersehe ferner, daß Wimmer seine Fälle fast nur neurologisch charakterisiert, und daß er selbst gegenüber dem größten Simulanten (Fall 5, siehe S. 83) von der Diagnose Simulation absieht.

Die Arbeit aus Schweden von Bihlström (1910) liegt den deutschen Autoren nur in kurzen Referaten vor. Über 90 % von den 104 Fällen der mit Kapitalabfindung erledigten Unfallsneurosen sind erwerbsfähig geworden.

1912 hat Laquer aus seiner Praxis eine große Zahl nach Kapitalabfindung günstig verlaufener Unfallsneurosen mitgeteilt.

Es handelt sich vielfach um Folgen von Eisenbahnunfällen. Zum Teil lagen Hirnerschütterungen vor. Die mit Kapitalabfindung erledigten Fälle haben einen guten, meist sogar einen sehr guten Verlauf genommen und sind ausnahmslos zu voller Leistungsfähigkeit gekommen.

Biondi (1909) hatte am Kongreß in Rom die Mitteilung gemacht, daß in Sardinien die Bergwerksarbeiter mit traumatischen Neurosen sofort wieder mit vollem Lohn eingestellt werden und alle rasch genesen.

Morselli (1911) erklärt die Prognose nach seinen Erhebungen für günstig. Etwa 95 % würden gesund. Der Rest bleibe durch organische Affektionen geschädigt. Die neurotischen Erscheinungen verschwinden sofort mit definitiver Entschädigung nach seinen persönlichen Erfahrungen, und zwar bei leichten wie bei schweren, zu 60—100% E.E. begutachteten Fällen. Genug Leute standen nach der Abfindung sofort und mit höherem Lohn an der Arbeit und seien selbst zu schwererer Arbeit als vorher geeignet.

Sorge (Neapel, 1909): Von 64 definitiv abgefundenen Patienten blieben nur 8 nicht geheilt. Die Geheilten arbeiten zu gleichem oder höherem Lohn. 4 von den 8 Nichtgeheilten prozessieren noch, und bei 4 anderen Nichtgeheilten liegen schwere Kopfläsionen vor. Die reinen Fälle sind also alle geheilt.

Schon in früherer Zeit ist mehrfach auf die glatte Heilung von Unfallsneurosen hingewiesen worden. Allein die mehr theoretische Forschung der neunziger Jahre und die Unmöglichkeit, beim Rentensystem Endergebnisse zu erhalten, hatte diese früheren Erfahrungen verdrängt.

So schrieb Page (1892, S. 27 ff., 51, 73, 79 ff., 96, 101): Viele sind nach Kapitalerledigung sehr bald oder sofort gesund und überaus häufig, ja ganz gewöhnlich, ist die sofortige Heilung der vorher Schwerkranken, Bettlägerigen, Gelähmten, Hinkenden! Wie beunruhigend solche Fälle auch aussehen, nach längerer oder kürzerer Zeit führen sie zu völliger Gesundung, weil die Erledigung günstig wirkt.

Rigler (1879): Viele Abgefundene stehen später in voller Tätigkeit (vgl. S. 70).

Church (1910) schreibt, daß die Soldaten von 1870 nach Kopfver-

letzungen gewöhnlich rasch gesund gewesen seien, und Sänger (1895), daß bei verletzten Soldaten Besserung und Heilung rasch erfolge, weil sie keine Entschädigungsansprüche geltend machen können.

Ich bitte ferner, auch die auf S. 43 geschilderten Kriegsneurosen von Honigmann hier heranzuziehen.

Die Literatur ist ferner reich an Einzelmitteilungen über die rapideste Heilung und das dauernde Gesundbleiben von Unfallsneurosen nach definitiver Abfindung.

Alexander (1883): Wernicke hatte 100% E.E. taxiert. Auf Pensionierung, aller materiellen Sorgen bar, rasch arbeitsfähig und großer Sportsmann und Nimrod.

Hartmann (Ärztl. Vereinsbl. 1911): Nach Erledigung mit 100 000 Mark rapideste Heilung, spielte große Rolle im öffentlichen Leben, speziell im Versicherungswesen.

Murri: Rapide Heilung nach 10 000 Lire. Herold: Invalide, wenige Monate später gesund getroffen. Mönckemöller (wohl eher Simulation). Rumpf (1907): Einzelne sind überraschend schnell nach Abfindung gesund. Horn hatte ausnahmsweise für einen ihm besonders schwer erscheinenden Fall eine lange Dauer der Beschwerden vorausgesetzt (Tik + Chorea + Atherosklerose). Nach der Entschädigung von 11 000 Mark arbeitete der Mann aber nach wenigen Monaten geradezu erstaunlich, und zwar im ganzen Umfang, und alle Krankheitszeichen waren weg.

Weitere, ganz besonders drastische Beispiele siehe unter dem Kapitel Taxation S. 178.

Daß die definitiv abgefundenen Patienten nie mehr zum Arzt gehen, so sehr sie ihm vorher das Haus abgelaufen haben, erwähnen zahlreiche Autoren (Egger besonders, Frey, Feilchenfeld, Pochon, Kaufmann, Laquer), und dies entspricht einer ganz allgemeinen Erfahrung.

Und daß sogar die im Rechtskampf Abgewiesenen gesund wurden und sofort arbeiteten, wird gleichfalls oft berichtet (Egger, Bernstein, Bösch, Klar, Morselli vor allem, Schwarz, Fr. C. Müller, Steyerthal, Zingerle, eigene Erfahrungen).

Einwände gegen die günstige Prognose bei Kapitalabfindung.

Vereinzelt sind Einwände gegen die glänzende Prognose der mit Kapitalabfindung erledigten Unfallsneurosen erhoben worden.

So berichtet Oppenheim (1892), daß zwar Page Besserung und Heilung, freilich unter ganz anderen Rechts- und Entschädigungsverhältnissen bekannt gegeben habe, weit größer sei aber nach seiner Erfahrung die Zahl derjenigen, bei denen auch nach Beendigung des Rechtsstreites das Leiden unverändert seinen Fortgang nahm. Besonders in Erinnerung steht ihm (S. 219) ein Fall, bei dem der Vertrauensarzt nicht nur eine ungünstige Prognose, sondern baldigen tödlichen Ausgang in Aussicht gestellt habe, während der nun mit relativ hohem Gehalt pensionierte Beamte sich nach einem Jahr in einem Badeorte als Hotelier auftat. Derartige prognostische Irrtümer kämen aber auch auf anderen medizinischen Gebieten vor, und „wir dürfen uns durch dieselben nicht irre machen lassen".

Drei Fälle von Dubois, die trotz Regulierung gleich geblieben wären, gehören nicht zu den eigentlichen Unfallsneurosen, so daß sie keine Gegenbeweise gegen meine Ansicht sind.

Fall 1 und 3 sind Kommotionsfolgen, Fall 2 bot eine progressive Lues mit zahlreichen Äußerungen der Syphilis.

Die Ansicht von Schuster (1905) lautete, daß auch ohne Entschädigungsansprüche die Prognose nicht ohne weiteres gut sei und eine Heilung lange Jahre fehlen könne, und 1914 drückt er sich fast gleich aus: Auch ohne das Bestehen von Rentenansprüchen haben die traumatischen Neurosen häufig keine gute Prognose; denn es bleiben auch nach dem Wegfall der Rentenansprüche noch genügend psychisch wirksame Momente übrig, die direkt oder indirekt die Heilung verzögern. — Diese weder durch Literatur noch durch Beispiele aus eigener Erfahrung belegten Ansichten stehen im denkbar größten Gegensatz zu den oben erwähnten und unten noch weiter ergänzten neueren Literaturmitteilungen über die Endschicksale der Unfallsneurosen. Von all diesen Arbeiten erwähnt aber Schuster keine einzige, selbst nicht einmal, mit Ausnahme derjenigen von Laquer, im Literaturverzeichnis.

Alle diese Ansichten können heute gegenüber den beweisenden Mitteilungen über die Endschicksale der Unfallsneurosen nicht mehr aufkommen und sind auch von der größten Zahl anerkanntester Forscher heute zurückgewiesen. Ich erwähne hier nur noch Kraepelin (1915), Lewandowsky (1916), Hoche (1916), Schultze (1916) und viele andere.

Kraepelin: „Ist in dem Kampf um die Rente und ihre Erhaltung, sowie in seinen Begleiterscheinungen der wesentliche Grund für die Entstehung der traumatischen Neurose zu suchen, woran heute nicht mehr gezweifelt werden kann, so muß das Verfahren geändert werden."

Die Auffassung der Prognose in der früheren Zeit und die Endresultate beim Rentenverfahren.

Im Vergleich zu dem jetzigen allgemein vertretenen Standpunkt über die Heilungsaussichten der Unfallsneurosen bei Kapitalabfindung, Ansichten, die eben auch von der Deutschen Neurologischen Gesellschaft in München in großer Einstimmigkeit anerkannt worden sind, berührt es heute geradezu sonderbar, wenn wir die früheren Meinungen über das Schicksal der Leute wiedergeben.

1887 bemerkt Oppenheim, er habe nie Heilung gesehen, auch wenn die Leute durch Entschädigung günstig gestellt wurden, und 1888 hatte er geschrieben, „wie denn überhaupt die Prognose als durchaus ungünstig zu bezeichnen ist".

Die Ansichten von Oppenheim (Monographie 1892) lauten:

„Daß eine vollständige Heilung in den schweren Fällen dieser Krankheit eintritt, muß nach unseren Erfahrungen jedenfalls als selten bezeichnet werden." „Zu allen Zeiten sind diese Kranken besonders von einer Gefahr bedroht: es kann sich auf dem Boden der traumatischen Neurose mit den gewöhnlichen psychischen Anomalien eine schwere Psychose entwickeln."

„Im übrigen ist es nicht ungewöhnlich, daß unter dem geeigneten Regime eine wesentliche Besserung und in den leichten Fällen, in denen die Psyche nicht wesentlich in Mitleidenschaft gezogen ist, völlige Heilung erzielt wird." Nach Erledigung aller Rechts- und Entschädigungsverhältnisse besonders könne Besserung oder Heilung eintreten. „Weit größer ist nach meiner Erfahrung die Zahl derjenigen, in denen auch nach der Beendigung des Rechtsstreites das Leiden unverändert seinen Fortgang nimmt." „In weniger schweren Fällen wird man von einer dauernden Erwerbsunfähigkeit erst sprechen dürfen, wenn das Leiden durch seinen Verlauf gezeigt hat, daß es der Heilung nicht fähig ist. Hier ist es allerdings schwierig, eine zeitliche Grenze zu bestimmen. Hat eine solche Neurose aber einmal 1—2 Jahre lang bestanden und keine

Tendenz zur Besserung gezeigt, ist sie sogar gradatim fortgeschritten, so ist es doch mindestens unwahrscheinlich, daß eine solche noch erfolgen wird."

Ich habe früher darauf hingewiesen, daß in 1—2 Jahren bei den stetigen Berufungen selten ein Fall schon definitiv in allen Instanzen erledigt ist. So müßte nach diesem Vorschlag, da ja kein Unfallverletzter eine Besserung zugibt, eigentlich jeder prognostisch so ungünstig bewertet werden.

Noch mehr aber zeigen die einzelnen Begutachtungen und zahlreiche Beispiele, Ermahnungen und Warnungen, wie schwer tatsächlich Oppenheim die traumatische Neurose eingeschätzt hat. Das Referat von Bruns in Schmidts Jahrbüchern läßt denn auch keinen Zweifel übrig, wie die Tendenz der Studie allgemein aufgefaßt worden ist.

Dunin (1891): Die Prognose der schweren traumatischen Hysterie ist sehr schlecht.

Dubois (1891): Heilung ist sehr selten. Die Prognose ist im ganzen schlecht. Auch bei richtiger Behandlung ist Besserung nicht häufig.

C. S. Freund (1892): Die Prognose wird allgemein als überaus ungünstig angesehen; er meint aber, es fehle an der richtigen Behandlung und warnt vor der Annahme von Simulation. Viele (!) für Simulanten Gehaltene ergeben sich aus Verzweiflung dem Trunk, andere ziehen Selbstmord oder Psychose vor (!!).

Vibert (1893): Die Prognose ist im ganzen schlecht.

Richter (1894) meint, der „Verlauf der traumatischen Neurosen endigt nicht selten da, wo so oft die schwersten Formen der Nervenkrankheiten enden: in der Irrenanstalt", und gibt hierfür drei Belege, von denen aber mindestens zwei nicht in das Gebiet der traumatischen Neurosen gehören (Fall 2, Schädelbruch und nebenbei schwerer Alkoholiker und Verbrecher; Fall 3, angeborene Psychopathie + Alkoholismus mit hysterischer Armlähmung nach Unfall).

Das von Hirsch als Dekan unterschriebene Obergutachten der medizinischen Fakultät in Berlin vom 5. Mai 1891 spricht sich über die Prognose folgendermaßen aus: „Die Aussichten sind bis jetzt, wie die meisten Autoren angeben, keine günstigen für Wiederherstellung." „Fälle von Heilung sind nur wenige und nach längerem Verlauf vorgekommen." Indessen liegen viele ungünstige äußere Umstände vor, besonders durch den Kampf um die Entschädigungsansprüche, so daß „also die Erfahrungen hier nicht ganz rein sind", und es erscheint nicht als unmöglich, daß die Prognose beim Wegfall dieser ungünstigen Momente besser wird.

In einem Nachtrag zu diesem Obergutachten der Berliner medizinischen Fakultät, herausgegeben am 6. Juli 1897 und unterzeichnet von Jolly und Leyden, wird die Ideenverbindung traumatische Neurose, unheilbare Krankheit und völlige Erwerbseinbuße als Fehlschluß bezeichnet. Für den ungünstigen Verlauf seien mitverantwortlich der Kampf ums Geld uud zahlreiche andere nachteilige Vorstellungen. So sei auch die eigentliche Verbitterung und Willenslosigkeit der Verletzten zu erklären, die nur noch eine Energie für ihre Rente entwickeln. Diese letztere Tatsache schaffe allein die Einheitlichkeit im Krankheitsbilde.

Strümpell hatte bei seiner früheren organischen Auffassung des Leidens 1888 noch erklärt, daß die Krankheit häufig unheilbar wäre, und gerade ihre Unheilbarkeit die Differentialdiagnose gegenüber Hysterie ermögliche. Die Kenntnis dieser so sehr ungünstigen Prognose der schweren allgemein traumatischen Neurose sei von der größten praktischen Bedeutung. Wirkliche Heilung komme nicht vor; selten erhebliche Besserung, wohl aber Verschlimmerung im Laufe der Jahre. Auch 1893 hat Strümpell die bekannte, meist so wenig günstige Prognose als einen Hauptgrund für die Existenz einer besonderen Krankheit traumatische Neurose erklärt. Gründlich war freilich die Änderung mit 1896: Die Leute wollen gar nicht gesund werden und nur in leichten und frischen Fällen ist etwas erreichbar.

Schulz (1897): Auch bei leichten Fällen ist, wenn die Vorstellungen

einmal fixiert sind, nur schwer etwas zu erreichen, und Schulz spricht sich dann dahin aus, daß Verfall in dauerndes Siechtum nichts Seltenes sei (!!).

Obergutachten der medizinischen Fakultät Berlin 1897: Die Prognose ist bis jetzt keine günstige. Heilungen gibt es nur wenige und nach langem Verlauf. Freilich wird angetönt, daß vielleicht äußere Momente dabei erheblichen Einfluß hätten.

Monographie Freund und Sachs (1899): Die Prognose ist sehr ungünstig. Eingewurzelte Hysterien nach Unfällen geben eine sehr schlechte Prognose, sind selbst 10 Jahre später noch genau gleich. Die Prognose ist im Gegensatz zur gewöhnlichen Hysterie auch ungünstig in bezug auf die einzelnen Symptome, nur etwas besser bei Schreckneurosen. Kommt aber Hysterie dazu, dann ist die Prognose auch sehr zweifelhaft.

Bruns (1899): Die Prognose ist im ganzen eine ungünstige, volle Heilung jedenfalls selten.

In außerordentlich vielen Begründungen und Hinweisen wird die Oppenheimsche Lehre, oft in fast wörtlich gleicher Form, durch Bruns vertreten.

Bruns (1901, Monographie): „Ist die Entwicklung vollendet, so bleibt dieser Zustand meist ein stationärer; Besserung oder gar Heilung sind selten, kommen aber vor." „Das Leben wird wohl nur durch die Entwicklung schwerer Atherosklerose oder durch Herzerkrankungen abgekürzt." „Eine rasche Entstehung des ganzen Krankheitsbildes kommt wohl nur bei Hysterie nach Unfällen vor. Diese reine Unfallshysterie ist aber selten. Immerhin sind bei ihr volle Heilungen häufiger." — An anderen Stellen wird ferner darauf aufmerksam gemacht (S. 36), daß aus der verbissenen Stimmung der vorgeschrittenen Fälle von Unfallsneurosen „oft ausgeprägte Psychosen sich entwickeln können", besonders aus der häufigen Verkennung des Krankheitsbildes, der Nichtanerkennung der Rentenansprüche oder durch das lange Hinschleppen der Entschädigung und dem nicht selten ganz ungerechtfertigten Vorwurf der Simulation. „Tatsächlich ist der Ausbruch von Verfolgungswahnsinn schon bei einer ganzen Anzahl von Unfallsverletzten beobachtet; wie ernst diese Dinge aufzufassen sind, geht daraus hervor, daß nicht wenige dieser Fälle auch durch Selbstmord geendet haben."

Gegen die Richtigkeit dieser letzteren Ausführungen habe ich bereits an vielen Stellen des lebhaftesten protestiert. Hier handelt es sich offenkundig um schwere Psychopathen, die ganz gut auch ohne Unfall zu dem gleichen Ende gekommen wären. Unter allen Umständen ist aber daran festzuhalten, daß dergleichen Erscheinungen bei dem System der Kapitalabfindung völlig vermißt werden.

Bruns segelt auch darin, wie in allen bisherigen Ausführungen, die oben wiedergegeben worden sind, im Fahrwasser Oppenheims, als er auch die fortschreitende Demenz als präsenile Demenz für einen Folgezustand der Unfallsneurosen erklärt, entstanden „wohl immer" auf dem Boden der bei Arbeitern oft früh vorhandenen Atherosklerose, „die dann nach Unfällen oft rapide Fortschritte macht".

Auf S. 76 werden den bei den Unfallsneurosen ja von vielen Autoren als ganz besonders häufig und wichtig bezeichneten Herzerscheinungen „eine besonders üble Prognose" nachgesagt, „da sich, wie vielfache Erfahrungen lehren, aus einfachem Herzklopfen im Laufe der Jahre eine zum Tode führende organische Herzerkrankung entwickeln kann".

An anderer Stelle (Bruns, S. 102—103) wird dann freilich davor gewarnt, eine vorhandene totale Erwerbsunfähigkeit zu früh als eine dauernde zu bezeichnen, weil „es doch nicht so selten vorkommt", daß nach Regelung der Entschädigungsfragen und aller Untersuchungen allmählich auch in den schwersten Fällen eine an Heilung grenzende Besserung eintreten könne. Freilich solle man nicht glauben, daß ein solcher günstiger Verlauf nach Regelung

der Entschädigungsfragen immer eintrete. Er selbst habe es mehrfach erlebt, daß die Erledigung auf das Leiden in keiner Weise günstig eingewirkt habe. Sieht man jetzt aber den zitierten Fall 1 nach, so liegt eben der Endbericht nur ein Jahr nach Prozeßabschluß vor.

Manchmal (S. 105), wenn auch selten, komme es vor, daß trotz bleibender Unfallsfolgen durch große Energie und weitgehendes Entgegenkommen von seiten der Arbeitgeber wieder der volle frühere Arbeitslohn verdient werde.

Endlich wird bei einer nochmaligen Erörterung der Prognose (S. 108) diese „im allgemeinen als eine ungünstige" bezeichnet, „wenn sie auch nicht ganz so ungünstig ist, als sie Oppenheim in seiner Monographie beschrieben hat, vorwiegend nach den besonders schweren Formen." „Eine volle Heilung ist jedenfalls selten." „Absolut infaust ist die Prognose bei den alten Unfallsneurotikern, bei denen sich die Begehrungsvorstellungen zu einer unüberwindlichen Macht entwickelt haben," und die sich durch alle die Nachforschungen, Nachuntersuchungen, Rentenkürzung und dergleichen „zu verbissenen Querulanten entwickelt haben".

„Manchem schweren Unfallsneurotiker haben sich schließlich die Pforten der Irrenanstalt geöffnet." Als Zeugen werden Oppenheim, Göckel, Lehr zitiert. (Drei Autoren für den Satz in dieser Allgemeinheit!) Und schließlich (S. 109): „Ist also im allgemeinen auch die Prognose bei den Unfallsneurosen eine recht düstere (!!), so darf man das Bild doch auch nicht zu schwarz malen; die Möglichkeit einer Heilung oder einer an Heilung grenzenden Besserung ist auch in den scheinbar schwersten Fällen vorhanden."

Auch bei den nicht entschädigungspflichtigen traumatischen Neurosen gibt es unheilbare Fälle; er selbst habe einige sehr trostlose gesehen.

Und Bruns unterstützt später die Angaben von Francotte (1903), der die Prognose als ungünstig bezeichnet.

Auch Frey (1902) stellt die Krankheit dem „Siechtum" (!) im Sinne des Gesetzes nach § 224 gleich und hob die allgemein wenig günstige Prognose hervor.

Die Arbeit von Huguenin (1904), speziell der Prognose der traumatischen Neurosen gewidmet, legt großen Wert auf die psychopathische Disposition des Verletzten. Bei den schweren Hypochondrien stellt er eine ganz schlechte Prognose, insofern als nach und nach die Kranken ganz dem früheren Gedankenkreis entfremdet und zu jeder Beschäftigung untauglich werden und eine gänzliche Veränderung der Persönlichkeit aufweisen.

Bei der einfachen Neurasthenie sei die Prognose noch am günstigsten, aber immer zögern die Genesungen lange. Sehr viel schlimmer stehe es mit der Hysterie, namentlich allen Formen, bei denen sich Lokalsymptome an den Ort der Verletzung angeknüpft haben (Lähmungen, Anästhesien, Kontrakturen, Tremor usw.), hier komme im Gegensatz zu nicht traumatisch entstandener Hysterie ein plötzliches Verschwinden der Erscheinungen nur in einem verschwindend kleinen Teil der Fälle vor. Die Lähmung bei traumatischer „Hysterie sei daher ein ernstes Zeichen von schlechter Prognose". Selbst bei ganz frischen Fällen seien die „Erfolge wahrhaft dürftig".

Bruns setzt auch 1906 bei seinen Berichten über die neuere Literatur über traumatische Neurosen den vielsagenden Satz: „Mit Recht wird die Prognose einer ausgebildeten Unfallsneurose für sehr schlecht (!!) gehalten."

Schuster (1906): Die Prognose ist durchaus günstig in bezug auf das Leben, wesentlich ungünstiger aber im Hinblick auf Heilung. Durch Entschädigungsansprüche entsteht wesentliche Verschlechterung; aber selbst beim Wegfall aller Entschädigungsansprüche kann nicht ohne weiteres eine gute Prognose gestellt werden; auch dann kann das Leiden jahrelang dauern. Am besten ist die Prognose für Fälle von leichter oder mittelschwerer Neurose nach leichten peripherischen Verletzungen. Bei andauernden Schmerzen (besonders Rückenschmerzen und Rückensteifigkeit) ist die Prognose schlecht, ebenso auch schlecht bei den wohl meist zur Hysterie gehörigen Herzstörungen

(also hier zur Hysterie, nicht wie von Oppenheim und anderen zur Neurasthenie gezählt!). Ungünstig ist ferner die Prognose bei allen echten traumatischen Hypochondrien. Hier ist ein allmählicher Übergang in paranoide Formen nicht selten und dann absolut infaust. Für Kinder gilt eine bessere Prognose.

1906 (Naturforscherversammlung Stuttgart) hatten Nonne und Gaupp die Prognose direkt als schlecht bezeichnet. Nonne verzeichnet allerdings eine Zunahme der Arbeitsfähigkeit durch Rentenkürzung und die Tatsache, daß bei Unfällen außerhalb der Haftpflicht fast immer relativ rasch völlige Heilung eintrete.

Räbiger (1906): Bei Herzirritation und traumatischer Hysterie ist die Prognose ernst.

Mann (1907): Die Krankheit ist im allgemeinen zwar unheilbar, aber gewisse Besserung ist möglich.

W. Ewald (1908): Die Prognose ist durchwegs ungünstig. Vasomotorische Symptome haben eine üble Prognose. (Unglaublich! N.)

Oppenheim (Lehrbuch 1908): In leichten Fällen ist völlige Heilung möglich, doch sind selbst die Neurosen mit vorwiegend lokalen Symptomen oft sehr hartnäckig. Je mehr die Psyche in Mitleidenschaft gezogen ist, desto ungünstiger gestaltet sich im allgemeinen die Prognose. „Nicht selten“ transformiert sich die Neurose in Psychose. Nicht unerheblich ist die Zahl der Selbstmorde in der neueren Literatur. Selbst in den Fällen, in denen ursprünglich nur lokale Symptome vorlagen, sah ich zuweilen erhebliche Verschlimmerung bis zur „Zerrüttung des Nervensystems“. Besonders schwer werden ausgesprochene Zeichen von seiten des Herzens und der Gefäße beurteilt.

Poels (1909): Die Prognose ist äußerst ungünstig. Die gesetzliche Regulierung der Unfallsfolgen hat keinen günstigen Einfluß.

Kablitz (1910): Die Prognose ist quoad vitam gut, abgesehen bei Simulationsverdacht (!). Volle Heilung ist bei den schweren Mischformen sehr selten. Nicht ganz selten entstehen Psychosen.

Murri (1913): Traumatische Neurosen heilen oft nie mehr. Die Leute bleiben Opfer ihres Leidens das ganze Leben lang, weil der Kampf ums Geld zu lange dauert. Im Gegensatz dazu steht die Schreckneurose bei den Nichtversicherten.

Meltzner (1914): Die Krankheit bleibt meist für das ganze Leben.

Angesichts so trostloser Aussprüche, bei denen nicht unterschieden wurde zwischen dem Verlauf bei Kapitalabfindung und demjenigen bei Rentenverfahren, kann es nicht wundernehmen, daß auch die Lehrbücher den gleichen Ton angestimmt haben. So schrieb Kraus in den vielen Auflagen des Mering-Krehlschen Lehrbuches stets den kurzen Satz den Ärzten und Studenten ins Stammbuch: Vollständige Heilung ist ziemlich selten. Am besten ist noch die Prognose bei (reiner) Hysterie nach Trauma. Hypochondrische Elemente, besonders aber Psychosen verschlechtern die Vorhersage.

In der neuesten Auflage des Werkes (8. Auflage 1913) ist der Satz völlig unverändert beibehalten! An anderer Stelle aber wird dann von Hirsch (S. 393) darauf aufmerksam gemacht, daß vieles in dem Bilde künstlich durch die Art der Entschädigung gezüchtet werde, und es wird auf den ganz anderen Verlauf bei einmaliger Abfindung hingewiesen.

Gegen solche Ansichten hat es aber stets eine kleine, hartnäckige und schließlich völlig siegreiche Opposition gegeben, an deren Spitze schon 1891 Schultze stand, der bereits damals die Prognose als nicht so schlecht bezeichnet und den großen Einfluß von Simulation und Übertreibung betont hat.

Desgleichen haben Eisenlohr (1891), Lenhartz (1893), ganz besonders aber Sänger (1896) ihre abweichende Ansicht klar zum Ausdruck gebracht.

So schrieb Sänger (1896): Der Verlauf ist nicht so düster, wie ihn Oppenheim schildert. Kein Arzt stellt sonst bei Neurosen eine so ungünstige Prognose. Und 1902: Die Prognose ist nicht so schlecht. Ich habe volle Heilung in einer großen Zahl der Fälle gesehen.

Schultze hat zuerst in einer kleinen Arbeit von Wassermeyer Endschicksale bekannt gegeben. Von 20 Fällen waren 2 geheilt nach den Akten, 6 gebessert, gleich 7 und verschlechtert 6. 1905 konnte Schultze dann schon über 169 Fälle berichten: $^1/_3$ Besserung oder Heilung, $^1/_3$—$^1/_2$ gleich, 15 % Verschlimmerung.

Es bleibt uns nun die wichtige Frage zu prüfen übrig, wie bei dem System der Rentenabfindung Besserungen und Heilungen zustande kommen können. An der Tatsache selbst, die wohl zuerst durch Schultze und seine Schüler bewiesen worden ist, kann kein Zweifel bestehen, und es haben namentlich die gleich unten zu besprechenden neueren Arbeiten darüber noch größere Klarheit gebracht.

Ich muß auf Grund sehr zahlreicher eigener Erfahrungen in Deutschland an dieser Stelle ganz scharf betonen, daß diese „Heilungen" durch die Ärzte und Begutachter der Berufsgenossenschaften **erzwungen** werden auf dem Wege der langsamen Rentenkürzung, und zwar durchaus gegen den Willen und gegen die Angabe der Patienten, die von Besserung nichts wissen wollen und immer und immer wieder gegen die Entscheide Berufung einlegen, aber abgewiesen werden. Es ist dies also eine **Zwangsheilung.** Von diesem Vorgehen hatte ich vor meiner Berufung nach Deutschland keine Ahnung, und ein geradezu klassisches Beispiel dieser Rentenkürzungen und Zwangsheilversuche habe ich 1913 meinen Schweizer Kollegen bekanntgegeben, von denen viele mir ihr größtes Erstaunen über solche Zustände und Verhältnisse mitgeteilt haben. Tatsächlich liegt die Sache im allgemeinen so. Eine von Haus aus hysterische Person hat einen Unfall erlitten, der oft minimal war. Erst nach einiger Zeit wird der Arzt gerufen, und jetzt wachsen die Klagen von Tag zu Tag. Heilung wird in 13 Wochen nicht erreicht. Jetzt kommt die Frage der Invalidität. Gewöhnlich wird die rein neurotische Natur des Leidens vom Arzt zuerst völlig verkannt oder doch die Neurose nur als Nebenbefund erklärt. Die Diagnosen gehen auf Hirnerschütterung, Rückenmarksverletzung, organisches Herz-, Lungen-, Darmleiden, Ischias, schwere Gelenkaffektion. Erste Taxation 80—60 % Erwerbseinbuße. In den folgenden Jahren gibt der Patient bei den Nachuntersuchungen in den Akten zwar niemals Besserung, nur Verschlimmerung an, aber der Arzt erklärt, diese oder jene Stelle erscheine ihm heute weniger druckempfindlich, die Sehnenreflexe seien nicht mehr so stark gesteigert (! ich bewundere das Gedächtnis), die Anästhesie sei geringer, die Dermographie nicht mehr ganz so ausgeprägt, das Aussehen weniger schlecht, die Hände immerhin etwas verarbeitet, und auf diesem, an sich jeder Wissenschaft hohnsprechenden Beweiswege wird alle paar Jahre die Rente um 10—20 % gedrückt und die Berufung des Patienten vom Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt abgewiesen mit der Begründung, der Arzt habe sichere und objektive Zeichen der Besserung festgestellt. Mit der Zeit erklärt nun auch der Arzt nach einigen Jahren kurz und scharf in den Akten, N. N. ist einfach hysterisch und seinen Angaben kein Glauben beizulegen, und die Rente wird weiter gedrückt und in 5—10—20 Jahren schließlich gestrichen und die letzte Berufung verworfen. Das sind die „Heilungen" unter dem Gesetz der Rentenentschädigung.

Der Arzt hatte nach einem an sich richtigen Empfinden und Gefühl geurteilt. Die Sache war tatsächlich gar nicht schlimm. Von vielen Seiten ist ihm auch zugetuschelt worden, der Patient könne ganz gut arbeiten und arbeite auch in erheblichem Umfange. Dazu kam das Gefühl, daß bei jahraus jahrein so gut wie negativem Befund im Interesse der Allgemeinheit die Rente nicht so hoch belassen werden könne. Mit dem Begriff der Gewöhnung an Unfallsfolgen war auch ein Hintertürchen in der Gesetzgebung geöffnet. Das Ganze überdeckte er nun mit dem Mantel hoher Wissenschaft: etwas weniger starke Reflexe, weniger deutliche Störung der Sensibilität, zweifellos etwas besseres Aussehen, nicht mehr so anämisch, etwas widersprechende Angaben des Mannes über die Empfindlichkeit an der Wirbelsäule, zuerst nur X., nachher nur XI. Brustwirbel als besonders empfindlich bezeichnet. Damit ist dem Empfinden des Arztes entsprochen; sein medizinisches Gewissen ist beruhigt, hat er doch so schön in die Verba magistri seines Hochschullehrers geschworen. Der Laie des Schiedsgerichtes und der Jurist des Reichsversicherungsamtes sehen überall bewiesene und objektiv erwiesene Besserung, teilen diese Befunde schriftlich dem Manne bei seiner Berufung mit. Dieser fühlt die Übermacht, gegen die er nicht aufkommt, und gibt schließlich nach, nachdem ihm im Laufe der Jahre auch alle Gefälligkeitszeugnisse anderer von ihm angerufener Ärzte nicht dauernd genützt haben.

Werfe mir niemand Übertreibung vor! Hunderte von solchen Beobachtungen kann ich ohne Mühe sofort herbeischaffen. Das sind keine Ausnahmen, denn das ist tatsächlich die Regel.

Wie aber steht es nun später mit dem Gewissen des Arztes, wenn er lesen muß, daß fast alle früher als objektiv angesehenen Zeichen der Neurose wertlos sind? Daß ferner ein kleiner und selbst ein größerer Wechsel des Befundes keine Bedeutung hat, und daß eine Neurose aus dem psychischen Verhalten bewiesen werden muß, über das in den Akten bisher so gut wie nichts und häufig absolut nichts steht? Ich verzichte darauf, diese Satire weiter auszumalen, so leicht und verführerisch es auch wäre!

Durch erzwungene Rentenkürzung ist also allmählich die Besserung und manchmal die Heilung der Unfallsneurosen durchgesetzt worden! Nur in diesem Sinne kann also bei den folgenden Nachuntersuchungen auch das Ergebnis beurteilt werden. Stets war die Änderung oder Streichung der Rente der einzige Maßstab für die Beurteilung der Besserung oder Heilung. Man wird also gut tun, die Grundlage aller folgenden Studien fest im Auge zu behalten. Zweifellos ist auch so tatsächliche Besserung der Erwerbsfähigkeit, ja volle praktische Heilung gar nicht selten zu erreichen, aber sehr gegen den Willen der Neurotiker.

1910, Schaller: 4/87 praktisch geheilt (offenbar einer durch zwangsweise Rentenkürzung, einer durch Kapitalabfindung, einer durch sehr niedrige Rente, einer durch Wiedereinstellung statt früherer Pension). Von den reinen Fällen sind 4/43 (die obenerwähnten) geheilt, 7 Fälle zweifelhaft (starke Übertreiber oder Schwindler), 16 gebessert durch Rentenkürzung, 16 nicht gebessert.

1909, Friedel: Von 131 Fällen derselben Klinik 4 geheilt.

1911, Stursberg (Bonner Klinik von Schultze): Von 172 Fällen in 2—10 Jahren geheilt oder gebessert 26 %, verschlechtert 12 %. Also Prognose nicht so schlecht.

1912, Schultze + Stursberg: 193 Fälle (Stursberg und diejenigen von Wassermeyer zusammen): 12 % Verschlimmerung, 27 % Heilung.

1912, Rumpf und Horn:

	Kapitalabfindung	Rentenempfänger
sozial geheilt .	95 = 75,0 %!	0!!
gebessert . .	22 = 16,0 %	2
unverändert .	16 = 11,8 %	27
verschlimmert .	3 = 2,2 %	2

Dabei wird ausdrücklich hervorgehoben, daß die Fälle in den beiden Gruppen in bezug auf Schwere in keiner Weise verschieden waren, und daß bei den unter Kapitalabfindung nicht Geheilten schwere Schädelverletzungen oder innere organische Leiden oder langdauernde Prozesse die Schuld trugen.

1913, Horn: Nach Eisenbahnkatastrophen 31 Rentner. Nur zwei nach Jahren etwas gebessert. Von 136 Abgefundenen aber 70 % Heilung, 16 % wesentliche Besserung nach 2—4 Jahren, 11,8 % gleich und angeblich verschlimmert 2,2 %.

1915, Horn: 49 Schreckneurosen-Abgefundene: 75,6 % geheilt, 12,2 % wesentlich gebessert, also 87,8 % nach wenigen Jahren, 10,2 % gleich, 2 % schlimmer; von 30 anderen Neurosen-Abgefundenen 70 % geheilt, 16 % gebessert, 13,3 % gleich. In großem Gegensatz dazu waren von 34 Rentenempfängern nur 14,7 % geheilt, 26,5 % gebessert, 41,2 % unverändert, 17,6 % verschlimmert.

Von 31 Unerledigten, noch im Kampf Befindlichen zeigten sich 5 als gebessert, 21 als unverändert, 5 unverkennbar schlechter.

1912, Becker untersuchte zwei Kreise. Im ersten waren auf 29 traumatische Neurosen 75 % Heilungen durch allmähliche Rentenkürzung. Im zweiten Kreis waren 65—66 % durch das gleiche Verfahren geheilt.

Durch die Erfahrungen über die Endresultate bei der Kapitalabfindung, vor allem durch die Studien von Naegeli und Wimmer, ist von 1910 an rasch ein völliger Umschwung in bezug auf die Prognosenstellung der Unfallsneurosen eingetreten. Ich begnüge mich, in dieser Hinsicht nur Nonne zu erwähnen, der noch 1906 sich sehr ungünstig ausgesprochen hatte, 1910 aber schrieb: Die Prognose ist gut, wenn die kausale Therapie von Naegeli (Kapitalabfindung) angewendet wird, und 1915: Viele Ärzte müssen eben noch völlig umlernen, und die Begutachtung muß die günstige Prognose vor Augen haben.

1916 ist endlich auf der Neurologenversammlung in München mit elementarer Wucht der völlige Umschlag der Ansichten zum Durchbruch gekommen. Die Kapitalabfindung ist einstimmig angenommen worden, und auch Oppenheim hat für dieselbe gestimmt. Die Unfallsneurosen sind, richtige Begrenzung dieses Begriffes vorausgesetzt, als Artefakte der Gesetzgebung allgemein anerkannt, und dementsprechend ist auch die Auffassung über die günstige Prognose zur Geltung gekommen.

Kapitel XVI.

Die Frage der Simulation bei den Unfallsneurosen und Begehrungsneurosen.

Welch ein schwieriges Gebiet und wie schwer die Darstellung aller hier auftauchenden Fragen!

An die Spitze dieses Abschnittes möchte ich den Satz stellen, daß die Diagnose Simulation von seiten des Arztes bei der Untersuchung aus psychologischen Momenten gestellt wird, nicht aus nackten Tatsachen wirklich objektiver Art. Der psychologisch untersuchende Arzt kommt durch den groben und sonst unerklärlichen Widerspruch zwischen den Untersuchungsbefunden und dem allgemeinen Verhalten und Befinden zur Überzeugung, daß es nicht mehr mit rechten Dingen zugehe. Es handelt sich also um eine Diagnose per exclusionem! In Differentialdiagnose kommen in erster Linie Hysterie und Suggestivwirkungen, die noch in die Breite der Norm fallen. Es setzt also die Möglichkeit, mit Recht eine Simulation anzunehmen, eine sehr gute Kenntnis der Hysterie voraus, und dieses Wissen ist um so nötiger, als auch die Diagnose der Hysterie anerkanntermaßen eine Diagnose per exclusionem ist und zurzeit eine Definition der Hysterie selbst nicht in befriedigender Weise gegeben werden kann und wohl überhaupt nie möglich sein wird.

Schon diese einleitenden Sätze zeigen ganz offenkundig, wie sehr die Annahme einer Simulation eine subjektive Sache des Arztes ist, und wie unmöglich es vielfach sein muß, einem anderen durch die Mitteilung einer Krankengeschichte das Vorliegen von Simulation zu beweisen. Der Eindruck von der Gesamtpersönlichkeit ist alles, die Einzelbefunde sind für sich allein und vielfach selbst in ihrer Gesamtheit nichts.

Es wird eben bei der Annahme Simulation so viel psychologisches Material auch halb unbewußt zur Beweisführung verwendet, wie es in einer Krankengeschichte nur sehr schwer und kaum jemals vollständig und überzeugend wiedergegeben werden kann. Recht oft läßt das Benehmen, der Gesichtsausdruck, das Mienenspiel den Simulanten zwar schon vom ersten Moment an durchschauen; aber all dies ist nur höchst unvollständig durch eine Beschreibung wiederzugeben. Vielfach muß man sich mit den Sätzen begnügen wie die folgenden: er schildert den Schmerz auf Berührung oder Druck „in offenkundig übertriebener Weise“. Beim Dynamometerversuch steht das Ergebnis im Vergleich zur enormen Muskulatur „in grobem Widerspruch“ und das Mienenspiel dabei macht „den augenscheinlichen Eindruck der Übertreibung“. Das alles läßt sich ja doch nur in der Augenblickssituation erkennen, und zwar eben nur durch kritisches psychologisches Erfassen! Steht aber die Tatsache fest, daß Simulation ganz vorwiegend psychologisch diagnostiziert wird, so müssen folgende Schlüsse sofort gezogen werden:

1. Die Annahme einer Simulation ist nicht selten aus der Untersuchung allein unsicher und bis zu einem gewissen Grade dem subjektiven Ermessen stark überlassen. Besonders bei gebildeten und auch bei schlauen Menschen bleibt auch für den noch so erfahrenen Psychologen die Sache oft nicht genügend geklärt, weil die Klagen vielfach sehr beschränkt sind, der Mann auf viele, zur Gewinnung eines psychologischen Urteils angestellten Ver-

suche in keiner Weise übertreibt, gerade um den Eindruck der Glaubwürdigkeit zu gewinnen. Hier hilft mitunter die Nachforschung über das Verhalten außerhalb des ärztlichen Untersuchungskreises, eine Nachforschung, die aber ebenfalls sehr kritisch zu bewerten ist.

2. Da die Diagnose Simulation psychologisch gestellt wird, sehr viele Ärzte aber wenig oder kein psychologisches Talent besitzen, so werden diese Ärzte eben auch nicht imstande sein, Simulanten zu entdecken. Die Erfahrung zeigt, daß manche Gelehrte zwar auf ihren Forschungsgebieten außerordentlich Großes leisten, aber kein Verständnis für Dinge des Alltagslebens besitzen und sehr geringes psychologisches Verständnis aufweisen. Daß sie nie einen Simulanten entdecken, wird nicht wundernehmen, und wenn sie das gar noch publizieren, so werden wir solche Urteile kritisch lächelnd entgegennehmen.

Auch die Ärzte des Massenbetriebes der Krankenkassen haben keine Zeit zu so zeitraubenden psychologischen Untersuchungen. Ihre Kunst läßt überhaupt die Psychologie immer mehr und mehr verkümmern. Im allgemeinen müssen die Kassenärzte für ihre Patienten eintreten, sind also aus begreiflichen Gründen befangen, und es müssen daher die Ansichten aus diesen Kreisen ebenfalls sehr kritisch bewertet werden.

3. Es ist offenkundig, daß auch alle jene Ärzte n i e Simulation finden werden, denen die Entdeckung von belanglosen nervösen Symptomen (gesteigerte Sehnenreflexe, eingeengtes Gesichtsfeld, beschleunigter Puls, Verschwinden von Rachen- und Lidreflexen, kleine Anästhesien usw.) zur Diagnose einer Neurose schon genügt. Wir verstehen es daher sehr wohl, warum gerade M ö b i u s und O p p e n h e i m bei ihrer maßlosen Überschätzung solcher alltäglicher „Befunde“ von Simulation so gut wie gar nichts wissen wollten! Auch soll hier sofort an die iatrogene Entstehung vieler dieser Zeichen, ganz besonders der Anästhesien, erinnert werden. Wer überall Symptome sucht, wird sie eben finden. Nun nehmen nicht wenige Autoren an, daß die relativ rasche iatrogene Entstehung solcher Zeichen an sich schon ein Beweis der Hysterie sei, wodurch dann Simulation dahinfällt. Auch N o n n e hat eben noch in diesem Sinne den Wert der hysterischen Stigmata im Sinne C h a r c o t s hervorgehoben.

Ich teile diese Ansicht aber durchaus nicht, denn starke Suggestibilität geht weit über den Kreis der Hysterie hinaus und tief ins Normale hinein. Ganz besonders gilt das für die Leute mit Begehrungsvorstellungen, die doch das allergrößte Interesse daran haben, daß etwas gefunden wird, und die nur allzu leicht dem Arzt „entgegenkommen“. Es gilt hier also der in der Logik gültige Satz: Wer zu viel beweist, beweist gar nichts!

Ganz besonders zu beachten ist aber bei der Konstruktion gewisser nervöser Zeichen das Nachgeben vieler Leute gegenüber eindringlichen ärztlichen Fragen, gegenüber der Autorität des Mediziners, und dieses Nachgeben findet sich selbstverständlich noch viel häufiger als bei Hysterie schon in normaler Breite und sogar ohne alle Begehrungen. Gerade bei der Beurteilung therapeutischer Erfolge kann nicht genug auf diese Quelle falscher Unterrichtung hingewiesen werden.

4. Es gibt auch manche Ärzte, die sehr milde Begutachter sind und die von Simulation am liebsten nichts hören möchten. Ihre Seele ist rein, und bei anderen scheinen sie dasselbe vorauszusetzen. Schon im gewöhnlichen Leben kennt man diese Menschen, die nirgends etwas Böses vermuten. Nur so kann ich mir erklären, daß z. B. W i m m e r nie Simu-

lanten entdeckt hat, und daß er sogar an der Existenz einer Rentenhysterie zweifelt. Er wagt aber auch dann noch nicht von Simulation zu sprechen, wenn ein als völlig verblödet begutachteter Mann schon 4 Wochen später einen flotten Brief schreibt!

Es braucht also nicht nur großes ärztliches Wissen und große medizinische Sicherheit, sondern außerdem noch großes psychologisches Talent zur Erkennung vieler Grade von Simulation. Ich habe oben schon darauf hingewiesen, daß durch genaue und zuverlässige Nachforschungen über das Benehmen der Leute außerhalb der ärztlichen Untersuchung noch weitere Anhaltspunkte gewonnen werden können. Unter Umständen werden hier so außerordentlich grobe Widersprüche zu den Angaben während der Begutachtung gewonnen, daß sie schlechterdings beweisend sind. Diesen Standpunkt hat denn auch die Rechtsprechung der Gerichte längst anerkannt und die Berufsgenossenschaften haben ihn durch die Einrichtung der Vertrauensmänner in den Gemeinden vertreten.

Im Zweifelsfalle wird man sehr gut tun, das ganze Urteil nur auf die Erwerbsfähigkeit abzustellen, zumal eine Unmenge von nervösen Beschwerden die Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Ich gebe daher seit langen Jahren mein Urteil bei nicht genügend gestützter Annahme von Übertreibung oder Simulation dahin ab, daß ich die Beschwerden als möglich, wenn auch ihrer Natur nach nicht als objektiv beweisbar bezeichne, aber gleich hinzufüge, daß keine Erwerbseinbuße oder doch nur eine sehr unerhebliche damit verbunden sei. Damit ist man oft vielen Schwierigkeiten, die manchmal nie überwindbar sind, aus dem Wege gegangen. Ich kann nur aufs dringendste die Befolgung dieses Prinzipes empfehlen, und damit kann oft die Frage der Simulation außerhalb der Erörterung gelassen werden.

Alle Fragen auf diesem Gebiet der Simulation werden nun aber noch dadurch ganz besonders schwierig, daß der Begriff Simulation keineswegs scharf abgrenzbar ist und tatsächlich sehr verschieden gefaßt wird. Gewöhnlich wird von Simulation erst gesprochen, wenn an den Beschwerden des „Patienten" absolut nichts Wahres ist. Daher betonen die Gegner der Häufigkeit der Simulation immer und immer wieder, reine Simulation sei sehr selten und komme kaum je vor. Sie verraten damit aber meines Erachtens eine bedenkliche psychologische Schwäche. Es ist nämlich ganz klar, daß auch die wahren Simulanten ganz gewöhnlich irgendein Ereignis abwarten, bis sie mit ihren Forderungen auftreten, aus der vollkommen klaren Ansicht heraus, daß jetzt sofort sehr vieles für die Richtigkeit ihrer Angaben sprechen werde. Also dient eine kleine Quetschung, ein Fall und noch so vieles andere, das bei Unversicherten so unendlich oft glatt abläuft, dazu, jetzt an dieses Ereignis anknüpfend größere Klagen über Erwerbseinbuße vorzubringen. Auf ein solches Ereignis wird von Simulanten geradezu gelauert, ein Unfall auch gar nicht selten direkt gemacht. Hierin zeigt sich die überlegene Psychologie der Simulanten gegenüber gewissen Ärzten! Der Simulant schafft sich den richtigen Hintergrund, ohne den er selbst das Gelingen seines Planes als zu wenig Aussicht bietend ansieht. Einzelne Beschwerden können nun tatsächlich vorhanden sein; aber die behauptete Erwerbseinbuße ist volle Simulation. Und das sollten keine reinen Simulanten sein, weil sie doch einige Beschwerden haben! Bei dieser Begriffsfassung der Reinheit der Simulation geht es wie bei vielen sogenannten reinen Versuchen der Wissenschaft, bei denen oft derartig

unnatürliche Bedingungen gerade wegen der gewünschten Reinheit der Versuche geschaffen werden, daß die Ergebnisse von vornherein nicht auf normale Verhältnisse übertragbar sind!

Es kann daher nicht anders denn als dummes Gerede bezeichnet werden, wenn ein Autor geschrieben hat, es gebe kaum einen Simulanten, bei dem nicht irgend etwas vorläge! Als ob es etwa Gesunde gäbe, bei denen, namentlich bei hochnotpeinlicher Untersuchung, nicht auch irgend etwas gefunden werden könnte! Der entscheidende Punkt ist ja doch die Erwerbseinbuße.

Mit vollem Recht wird immer für den Nachweis der Simulation das Bewußte der Simulation verlangt, namentlich insofern, als das Unbewußte einer Übertreibung krankhaft ist oder auf Auto- oder Fremdsuggestion beruht.

Leider muß aber gesagt werden, daß auch bei dieser Einschränkung reine Simulation, besonders der Erwerbsfähigkeit, noch außerordentlich häufig ist. Wenn man bedenkt, wie der Alkoholiker, der Luetiker, der Gonorrhoiker, der Raucher dem Arzte gegenüber bewußt lügt, selbst wenn es sich um „Ehrenmänner" handelt, wenn man sieht, daß selbst nicht selten ganz Unbeteiligte für die Ansprüche ihrer Nachbarn oder Bekannten Meineide schwören (vgl. S. 48), oder sogar die Gemeindebehörden im Interesse ihrer Bürger völlig gefälschte Auskunft abgeben (vgl. S. 65), so ist es einfach lächerlich, anzunehmen, daß der Unfallsmann mit seinen ausgesprochenen Begehrungen nie simuliere.

In welch ungeheurer Häufigkeit gerade die Erwerbseinbuße bewußt vorgelogen wird, kann man am besten daraus ersehen, daß unter den Millionen Rentengenössigen sozusagen nie jemals einer von sich aus eine Reduktion der Rente beantragt oder dem Entscheid des Arztes in dieser Hinsicht ohne Protest und Berufung zustimmt.

Ich habe bei meiner außerordentlich weitgehenden Durchsicht der Literatur in all diesen Fragen nur folgende Angaben darüber gefunden:

Horn: Verzicht auf die Rente habe ich nur einmal erlebt, weil der Mann im Interesse der Familie wieder eine vollbezahlte Stelle haben wollte. Er hatte auch tatsächlich nichts Krankhaftes mehr.

Schaller: Ein Mann, durch Gesundbeten „geheilt", bittet um Entzug der Rente von 100 %. Nachher meldete er sich aber bald wieder als krank und erhielt 50 % Rente weiter.

Windscheid: Verzicht auf die Rente sei seines Wissens noch nie vorgekommen.

Sachs: Nur Geisteskranke stellen einmal einen solchen Antrag. Er erlebte es einmal bei einem geisteskranken Epileptiker.

Liniger: 1909. Die Berufsgenossenschaften in den Rheinlanden erhalten alljährlich anonyme freiwillige Zurückzahlungen als Erstattung zu Unrecht bezogener Renten. Diese Geldsendungen häufen sich, wenn sogenannte Missionen durch Priester stattfinden.

Die übliche Trennung von Simulation und Aggravation hat eigentlich keinen Sinn und ist im Grunde verkehrt. Wenn jemand nach einem Unfall nervöse Beschwerden hat, er weiß aber, daß er ganz gut arbeitsfähig ist, und beweist dies auch durch die tatsächlich vorliegenden Erwerbsverhältnisse, wenn er seine Beschwerden also bewußt übertreibt, um eine Entschädigung zu erhalten, so ist das glatte Simulation der Erwerbseinbuße und nicht Aggravation.

Eine unbewußte oder unterbewußte Aggravation kann es aber eigent-

lich nicht geben, denn dann liegt krankhafte Suggestion, vor allem Hysterie vor, und keine Simulation oder Aggravation, oder es handelt sich um Auto- oder Fremdsuggestionen, die im Grunde keine Aggravation sind, wohl aber nur zu leicht zu bewußter Übertreibung, das ist Simulation, führen.

Die Simulation des Unfallereignisses und die Substitution ist wohl selten, die Simulation des Zusammenhanges zwischen Unfall und den folgenden nervösen Beschwerden jedoch häufig. Dabei ist aber von Simulation durchaus zu trennen:

1. Die falsche Kausalbeziehung eines Unfalles zu den Beschwerden ohne bösen Willen. Hier kann nicht eindringlich genug darauf hingewiesen werden, welch unglaubliche Rolle in der gesamten Medizin das post hoc ergo propter hoc spielt.

Es gibt aber noch eine ganze Reihe von Momenten, die bei der Erörterung von Simulation die eingehendste Berücksichtigung verlangen und bei denen ein cave nicht laut genug gesprochen werden kann.

2. Alle Fälle von Hirnerschütterung verlangen eine ganz besondere Zurückhaltung gegenüber dem Verdacht der Simulation (siehe S. 17).

3. Alle Leute mit Atherosklerose können zahlreiche wirkliche Beschwerden durch diese Krankheit haben, ohne daß die Verkalkung der Gefäße zu beweisen wäre. Dabei lasse ich hier die Frage einer rascher fortschreitenden Atherosklerose nach Unfall ganz außer Betracht.

Bei Kombination von Hirnerschütterung und Atherosklerose ist die Zurückhaltung der Gedanken an Simulation ganz besonders nötig. Der Beweis gegen Simulation auch bei angeblich negativem Befund fällt aber dem kundigen Arzte in der Regel nicht schwer.

4. Vorliegen von Lues.

5. Multiple Quetschungen, bei denen ausgedehnte Muskelgebiete oder Gelenke geschädigt wurden, ohne daß äußerlich oder auch durch genaue Untersuchung mit allen klinischen Methoden etwas Sicheres feststellbar wäre. Die Möglichkeit umfangreicher Schädigungen ohne äußere Befunde ist gerade durch den heutigen Krieg besonders augenfällig erwiesen worden.

6. Psychologische Momente. Eingehende Berücksichtigung verlangen die Ängstlichkeit, die Begriffsstutzigkeit, die schlechte Auffassung und das Nichtverstehen bei den ärztlichen Untersuchungen, die normale Suggestibilität, die Wehleidigkeit, die bei manchen Leuten häufige Anwendung der Superlative und starker Ausdrücke.

Dagegen gehört zur reinen Simulation die Dissimulation, die bewußte Unterdrückung körperlicher oder funktioneller Leiden, um alles dem in Frage stehenden Unfall zuschieben zu können. In dieser Beziehung wird oft Unglaubliches geleistet. In den Ländern mit Kapitalabfindung werden gelegentlich sogar frühere schwere Unfälle, die zur Annahme totaler bleibender Erwerbseinbuße und hoher Kapitalabfindung geführt hatten, verschwiegen.

Grobe Dissimulation sieht man auch bei Leuten, die nach einem gut entschädigten Unfall wieder an die frühere Stelle und wieder in die Versicherung hineinkommen wollen.

Bei den schwereren Unfallsneurosen spielt gewöhnlich die Simulation gar keine Rolle. Solche Fälle sind dem kundigen Arzte meist rasch klar. Schwierigkeiten in bezug auf Erkennung von Simulation oder doch

auf deren Beimischung bieten in der Regel nur die leichteren Neurosen.

Bei der ungeheuren Wichtigkeit der Simulation gerade in diesen häufigsten Fällen möchte ich über den Gang der Untersuchung und der Beweisführung noch eingehendere Mitteilung machen.

Als ganz selbstverständlich ist anzusehen, daß man jedem Unfallsneurotiker und jeder Begehrungsneurose mit voller Objektivität entgegentreten soll. Eine rasche Äußerung eines Simulationsverdachtes ist nicht nur medizinisch völlig falsch und zeugt von großer Unkenntnis, sondern vor allem auch psychologisch durchaus verkehrt, insofern als jetzt der ganze weitere Gang der Untersuchung außerordentlich erschwert oder direkt verunmöglicht wird.

Man wird also mit größter Ruhe und Objektivität sich genau den Hergang und die Entwicklung der Sache schildern lassen und sorgfältige Notizen anlegen. Man prüft die Darstellung nach den amtlichen Unfallsakten oder sucht durch vielfach absolut notwendige Nachforschungen, aber in kritischer Weise, sich Vergleichsmaterial zu verschaffen. Man läßt den Neurotiker seine Beschwerden schriftlich abgeben und seine Gedanken über die Folgen und die Entschädigung aufschreiben.

Besser beginnt man nicht gleich mit der körperlichen Untersuchung, weil sich bei psychischen Leiden doch in der Regel nichts Körperliches ergibt, sondern mit eingehender Prüfung der Psyche, also mit der Psychologie der Persönlichkeit.

Alsdann kann man eine genaue intern-medizinisch-neurologische Untersuchung vornehmen, mehr um andere Leiden auszuschließen und um das unbedingt nötige Vertrauen der Leute zu gewinnen, als in der Erwartung, dabei wichtiges Beweismaterial zu finden.

Endlich nimmt man eine Reihe von Zuverlässigkeitsproben vor. Unter diesen empfiehlt sich vor allem die Dynamometer-, dann die Agonisten-Antagonisten-Probe, die Untersuchung auf zuverlässige Angaben über Gefühl, Gehör, Gesicht (Perimeterprüfung in einfacher Weise). Sämtliche Prüfungen sollen an sich äußerst einfach und leicht verständlich sein. Alle diese Proben müssen bei begründetem Verdacht von Simulation mehrfach und mehrere Tage unter genauer Protokollierung der Ergebnisse, und vor allem unter der sorgfältigsten psychologischen Kritik, wie dies oben auseinandergesetzt worden ist, vorgenommen werden.

Glaubt der Arzt mit seinem Urteil sicher zu sein, so ist jetzt eine Erörterung über die Geldfragen oft von ausschlaggebender Bedeutung. Jetzt zeigt sich beim Simulanten der Erwerbseinbuße, wie S. 54 geschildert worden ist, die Übermacht der Begehrungen, die böswillige Unbelehrbarkeit, das Besserwissen gegenüber dem Arzte, oft in empörender und überzeugendster Weise. Gerade die psychologische Prüfung in all diesen kitzligen Fragen der Entschädigung klärt meistens die Lage in unzweideutiger Weise.

Wenn immer möglich, sollte das Gesamtbild der schwierig zu beurteilenden Fälle durch sorgfältige Nachforschungen über das Leben außerhalb des ärztlichen Untersuchungskreises erweitert werden. Hierbei kommen nicht selten „Tatsachen“ zur Feststellung, die helles Licht über die Simulation verbreiten.

Früher sind vielfach Simulationsproben zur Entdeckung

empfohlen worden. Ohne die sorgfältigste psychologische Anwendung sind aber alle diese Proben wertlos und sogar irreführend und sehr gefährlich. Bei den oben erwähnten Prüfungen auf Zuverlässigkeit sind es nicht die absoluten Werte, die Beweiskraft enthalten, sondern es ist stets ihre psychologische Verwertung im Rahmen der Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit nach deren körperlichen und geistigen Fähigkeiten.

Ich verweise also über den Wert einzelner Symptome für die Erkennung der Simulation auf früher Gesagtes in der Symptomatologie, speziell über Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, über Gesichtsfeldeinschränkung, vasomotorisch-trophische Zeichen, über Reflexänderungen usw. Im allgemeinen ist Zittern selten vorgetäuscht, aber vielfach macht es keine oder geringe Erwerbseinbuße. Erhebliche Schwierigkeiten bereitet manchmal die Untersuchung, ob die Abulie, der fehlende Wille, durch Nichtkönnen oder durch Nichtwollen zustande kommt, so bei den Dynamometer- und Agonistenprüfungen, bei behaupteter Unfähigkeit, gewisse Bewegungen auszuführen. Selbstverständlich ist auch hier kaum je aus dem Untersuchungsbefund an sich ein Resultat erhältlich, außer bei grobem, offensichtlich zweckbewußtem Wechsel der Erscheinungen.

Mehrfach sah ich selbst Fälle, in denen Leute die Opposition des Daumens als unmöglich bezeichneten oder jede Bewegung des Daumens nicht machen zu können behaupteten. In jedem Falle ließ sich mit der Zeit böser Wille nachweisen. In einer ähnlichen Beobachtung von Hitzig konnte der betreffende Mann trotz der Unbeweglichkeit des Daumens lange Briefe schreiben. Ich würde aber selbst dies noch nicht wie Hitzig als vollen Beweis der Simulation ansehen und lieber mein Urteil auf breiterer Grundlage aufbauen.

Im allgemeinen ist sehr vor der Annahme einer hysterischen Abulie in solchen Fällen angeblich isolierter Bewegungsunmöglichkeit zu warnen, besonders auch bei den Leuten, die behaupten, den Kopf nicht bewegen oder die Zunge nicht herausstrecken zu können. Anderseits ist sehr bekannt, daß eine hysterische Lähmung durch den Affekt durchbrochen werden kann. Auch der Gansersche Symptomenkomplex, das Vorbeireden, gilt heute (Psychiat.-Vers. 1916, München) immer mehr als reine Simulation und nicht als Krankheitszeichen, weil es sich um gesucht falsche Antworten handelt.

Zu berücksichtigen ist endlich, daß zwar manche Erscheinungen bei Unfallsneurosen an sich nicht simuliert sein können, wie vor allem vasomotorisch-trophische Zeichen, daß sie aber gleichwohl keinen Beweis des Krankseins darstellen, sondern durch die Unterdrückung jeder Bewegung zustande kommen oder unter Umständen auch andere, innersekretorische Wurzeln haben können.

Für die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation, dieser beiden Schwestern, möchte ich, nur skizzenhaft, einige Ausführungen geben, die für praktische Beurteilung doch wertvoll sein könnten.

Der Hysterische zeigt bei allen Proben auf Zuverlässigkeit guten Willen, eine Absicht zu täuschen liegt ihm fern. Daher bekommt man denn auch in der überaus größten Mehrzahl der Fälle bei der Dynamometer- und Agonisten-Antagonisten-Prüfung sehr gute Ergebnisse, ebenso bei allen anderen oben geschilderten Proben. Ein abweichendes Resultat kann gelegentlich einmal bei sehr verängstigten, depressiven, furchtsamen,

schmerzempfindenden, hysterischen Personen erhalten werden, ist aber aus der gesamten Lage dieser Ausnahmen psychologisch leicht feststellbar.

Die Hysterie bietet viele und sehr wechselnde Klagen, denn die Fremd- und Eigensuggestion schafft stets Neues. Der Simulant hat in der Regel einige stereotyp wiedergegebene, stark aufgetragene „Beschwerden", die „immer gleich" sind, sich „auch niemals ändern können". Etwas Neues kommt oft, selbst bei langer Beobachtung, nicht dazu, weil der Simulant sein Krankheitsbild auf einen bestimmten Plan aufgebaut hat.

Der Simulant beteuert, stets die Wahrheit zu sagen, er bietet Ehrenwort und Schwur an. Der Hysterische ist von seiner Krankheit so überzeugt, daß er vom Arzt ohne weiteres voraussetzt, die Krankheit müsse auch gefunden werden. Der Simulant gibt vage, ganz unsichere, zögernde, verschleierte Angaben, sucht sich in nichts zu vergeben; die Anamnese ist besonders unklar. Oder aber seine Behauptungen sind kurz, dann aber sehr bestimmt, frech und halb drohend. Er spielt den wilden Mann in Mienen und Gebärden. Bei Hysterie sind die Angaben offen, jedenfalls nicht zögernd und verschleiert; das vorsichtige Beobachten des beim Arzt gemachten Eindruckes fehlt ganz, ebenso das Besserwissen in ärztlichen Dingen, wenn auch eine gewisse, oft durch zahlreiche vergebliche Heilversuche entstandene Zurückhaltung begreiflich sein kann. Der Hysterische ist für neue Behandlungsmethoden meist rasch eingenommen. Er läßt sich behandeln, sucht neue Ärzte und auch Kurpfuscher auf. Die Umgebung macht immer neue Vorschläge von Heilverfahren. Der Simulant verweigert jede Behandlung, erklärt sie als Zwang und als völlig zwecklos. Nie wird ein Kurpfuscher aufgesucht. Ganz charakteristischerweise empfiehlt die Umgebung dieses „Patienten" keinerlei Kuren oder Heilmittel, weil sie den Fall in seiner Besonderheit durchschaut hat.

Der Hysterische ist lenkbar, beeinflußbar, der Simulant ist (außer im Zweckinteresse) durchaus nicht beeinflußbar. Er setzt einen energischen und enorm ausdauernden Willen allen Bestrebungen entgegen, die nicht mit diesem Willen übereinstimmen.

Der Hysterische ist in gewissem Grade doch fast immer belehrbar; er kann sich vielfach freuen über die Eröffnung einer günstigen Prognose. Der Simulant ist absolut unbelehrbar und empört oder frech und verbittert bei der Voraussage, daß es besser kommen werde. Der Hysterische gibt von sich aus Besserung zu, der Simulant niemals; sein ständiges Wort ist, es geht schlimmer als je.

Der Simulant sucht jeden Vorwurf des Arztes auf Übertreibung oder Nichtwollen mit oft ganz lächerlichen Ausreden zurückzuweisen. Bei den Farbenproben des Gesichtsfeldes habe er etwas schief gestanden und deshalb die Farbe nicht rechtzeitig erkannt! Bei der Dynamometermessung habe er nicht richtig gefaßt oder rasch Schmerzen bekommen. Andere Simulanten verschanzen sich in eine verbissene Stimmung, in der sie auch keine Ausrede anwenden, weil sie sich dem Arzte gegenüber in ärztlichen Dingen zu vergeben fürchten. Im Gegensatz dazu ist der Hysterische von einem Vorwurf des Arztes, er übertreibe, überrascht, weil er darauf nicht gefaßt war, was wiederum aus der Beobachtung des ganzen Benehmens und der Mienen ersichtlich ist.

Der Simulant leugnet oft die unglaublichsten Sachen nicht nur in der Anamnese, sondern auch beim ärztlichen Befund ab. Er bestreitet, irgend eine Berührung empfunden zu haben, auch wenn man jedesmal ein Anziehen

der Beine oder stärkste Muskelkontraktion (z. B. bei Bauchdeckenreflexprüfung) beobachtet hat.

Der Simulant sucht mit allen Mitteln eine Steigerung seiner Erwerbsfähigkeit zurückzuhalten, ist z. B. auch in langen Jahren zu einem Einüben der anderen Hand nicht zu bewegen.

Ich will natürlich all diese Ausführungen niemals als ohne weiteres maßgebend erklären. Das würde mit der Grundauffassung dieser Frage in meinem Buche in vollem Widerspruch stehen. Auch ist stets an die gar nicht so seltene Kombination leichter Hysterie und Simulation zu denken, ferner an die außerordentliche Erschwerung in der Beantwortung aller Probleme beim Vorliegen von Psychopathie, die ja außerdem hysterische Reaktionen wie Simulation in gleicher Weise begünstigt.

Wenn wir jetzt die Häufigkeit der Simulation besprechen wollen, so treten wir auf einen alten und heiß umstrittenen Boden. Freilich ist heute eine Klärung weitgehend erfolgt, und sie kann nur dahin lauten, daß in dem Gebiet der Unfalls- und Begehrungsneurosen Simulation eine außerordentlich große Rolle spielt.

Noch anfangs der neunziger Jahre durfte man von Simulationsmöglichkeit kaum sprechen. In leidenschaftlicher Weise sind die Vertreter einer vernünftigen, auf reicher psychologischer Basis beruhenden Auffassung, Simulation komme nicht so selten vor, z. B. von Oppenheim, bekämpft worden. Sicherlich sind früher ja auch Irrtümer gemacht worden, und werden solche auch jetzt, wie in allen anderen Gebieten der Medizin, vorkommen. Aber es erscheint heute doch geradezu als lächerlich, wenn gegenüber Seeligmüller seinerzeit der Vorwurf erhoben worden ist, er habe die Hysterie übersehen, weil eine systematische Prüfung der Sensibilität bei seinen als Simulanten angesprochenen Leuten fehle: denn eine genaue Prüfung der Sensibilität sei eigentlich die Hauptsache (Möbius). Auch gegenüber dem Satz von Binswanger, daß eine Simulation des Gesamtleidens kaum je versucht werde, geschweige denn gelungen sei, werden wir heute ohne Mühe die unglaublichsten Beispiele des Gegenteils vorbringen können.

Einen der abstoßendsten Simulanten, von dem sich die Frau nach 4 Wochen Ehe wegen des den Ärzten gegenüber ihr unerträglichen Vorlügens von Krankheitserscheinungen scheiden ließ, gibt Placzek wieder. Ich habe Placzek angefragt, welche Diagnose denn gestellt worden sei. Die Antwort hat gelautet, selbstverständlich sei von einer ganzen Reihe kompetenter Gutachter, wie ich angenommen hätte, traumatische Neurose diagnostiziert worden.

Auch ich selbst habe eine ganze Anzahl Fälle, die mindestens in bezug auf volle Simulation der Erwerbsunfähigkeit völlig einwandfrei waren, von den hervorragendsten Vertretern der Neurologie als zu 80—100 % dauernd erwerbsunfähig beurteilt, entdeckt. Einzelne dieser Fälle sind von mir in der Publikation von 1910 wiedergegeben.

Es zeigt sich auch in diesen Dingen, wie sehr der Deutsche Gefühlsmensch ist, und wie ganz anders in nicht deutschen Landen, z. B. in England, Amerika, Italien, von der Simulation stets gesprochen wurde. Wie schreibt doch z. B. Morselli: Man müsse die Simulation nicht nur beim Patienten und seiner Umgebung, sondern auch bei seinem Arzt und seinem Anwalt suchen!

Man wird daher mit Lächeln über den Satz von Kühn-Möbius

(am Schlusse der Leppmannschen Bearbeitung der Simulation der Nervenkrankheiten in Becker wie als ein Gesamtergebnis fett gedruckt) sich hinwegsetzen, der lautet: Die Zahl der Simulanten, welche der Arzt beobachtet haben will, steht gewöhnlich in umgekehrtem Verhältnis mit dem ärztlich-psychologischen Wissen des Beobachters. Ebenso über den Vorschlag von Benedikt, die Röntgenuntersuchung gegen „das Strebertum“, Simulation zu diagnostizieren, heranzuziehen und der Ansicht von Möbius: die Häufigkeit der Diagnose Simulation entspreche der Verkennung der männlichen Hysterie. So überaus geläufig uns die männliche Hysterie geworden ist, so muß doch gegenüber der zu raschen Entschuldigungsdiagnose Hysterie Front gemacht werden, wobei wir freilich an die häufige Mischung beider Zustände denken müssen. Denn es liegt viel Wahres in dem Satz von Fuchs (bei Liniger): Die traumatische Hysterie bietet den Schwindlern von Haus aus die meiste Aussicht, ihr Spiel zu gewinnen. Schon Schultze, der als der erste in diesen Fragen klar gesehen hat, betonte, daß die Simulationsfrage geradezu die Lehre von den traumatischen Neurosen beherrsche, und 1905 hat er die Häufigkeit der Simulation auf diesem Gebiete auf über 50 % eingeschätzt. Auch Lewandowsky schreibt, bewußte Übertreibung ist durch die Studien von Schultze und Stursberg in 50 % der Unfallsneurosen wahrscheinlich gemacht.

Von den neueren Autoren möchte ich als Beispiel denjenigen nennen, der wohl zu den ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Unfallsneurosen gehört, Schuster. Er schreibt: Die Übertreibung ist heute als enorm häufig erkannt. Sensibilitätsstörung wird in erster Linie simuliert. Adynamie ist häufig gleich Simulation. Motorische Schwäche wird oft simuliert. Die Simulation des ursächlichen Zusammenhangs ist sehr häufig, ebenso die Simulation von psychischer Depression. Natürlich verfehlt Schuster nicht, auf Verwechslungen mit Hysterie hinzuweisen.

Gegenüber solchen Feststellungen werden allmählich all die unendlich zahlreichen Warnungen vor Simulationsannahme in den Arbeiten aus den neunziger Jahren verstummen.

Natürlich können unter Umständen, wie Dubois betont hat, sogar Geständnisse von Simulation nicht beweisend sein, weil ja auch die Hexen gestanden haben. Bei der heute in erster Linie verlangten psychologischen Prüfung werden wir über diese Schwierigkeit leicht hinwegkommen; ebenso bei Erkundigungen über das Benehmen im gewöhnlichen Leben.

Begreiflicherweise wird der Einzelne Simulation in sehr verschiedener Häufigkeit vor sich haben. Wer vorwiegend die schweren Fälle von Unfallsneurosen zu Gesicht bekommt, hat mit Simulation viel weniger zu tun, weil diese sich ganz vorwiegend an leichte Störungen anknüpft. Je mehr der Zufall auch endogene Hysterien und andere Neurosen nach Unfällen dem einzelnen Begutachter in die Hände spielt, desto mehr wird dieser auch die Häufigkeit der Simulation unterschätzen.

Von diesen beiden Ausnahmen abgesehen, kann aber meines Erachtens heute darüber kein Zweifel mehr bestehen, daß die große Mehrzahl der sogenannten Unfalls- und Begehrungsneurosen harmlose Sachen sind, solange nicht menschlicher Egoismus durch die Behauptung einer Erwerbsschädigung in bewußter Übertreibung, und das heißt man eben Simulation, die schwere Trübung des Gesamtbildes erzeugt.

Kapitel XVII.

Die Taxationen der Erwerbseinbuße und die Entscheidungen der Gerichte.

Es ist selbstverständlich, daß man vor der Klarheit über die Prognose auch in bezug auf die Höhe der Erwerbseinbuße in den einzelnen Fällen keine richtige Vorstellung haben konnte. Hier wurde dann auch früher jeder wissenschaftliche Boden völlig verlassen, und hier ist die Willkür und die Gefälligkeit herrschend gewesen. Ich kann das nicht besser zeichnen, als durch die Worte, die ich 1909 in dieser Hinsicht vorgetragen habe:

„Nach den ‚Empfindungen‘ des einzelnen erfolgen nun die Taxationen in bezug auf Erwerbseinbuße, und hier ist der Unterschied zwischen den einzelnen Experten so groß, daß er unmöglich größer gedacht werden könnte. Manche, und sogar die meisten, nehmen dauernde Erwerbseinbuße an, andere nur vorübergehende für 2—3 Jahre und schlagen dann eine abgestufte Schonungsrente vor. — Dritte schätzen nur die momentane Erwerbseinbuße, und zwar dann sehr hoch ein, und erklären es für unmöglich, für entferntere Zukunft etwas Sicheres zu sagen. Die Gerichte urteilen dann auf der Basis der momentanen Schädigung und betrachten diese als bleibend, um die schlimmsten Eventualitäten zu decken.

In bezug auf die Höhe der Taxationen pflegen einzelne Begutachter oft 40—60—80 % bleibende Erwerbseinbuße anzunehmen, andere nur 5—20 % und oft sogar nur für einige Jahre.

Bei diesen Taxationen ist es auch vorgekommen, daß einzelne der Begutachter zuerst die Höhe der als richtig zu betrachtenden Geldentschädigung ins Auge faßten und etwa so überlegten, 2000 Fr. wären etwas wenig, 3000 richtig, 4000 zu hoch. Diese Art der Berechnung ist natürlich ohne jede rechtliche Grundlage in bezug auf die gesetzlichen Vorschriften; denn man verlangt vom Arzt die Höhe der Erwerbseinbuße in Prozenten und nicht eine Summe, und es ist klar, daß die Beurteilung das Primäre und die Berechnung der Entschädigung das Sekundäre sein muß, und nicht umgekehrt. Dabei ist es denn vorgekommen, daß solche Begutachter bei ihren ungenügenden Kenntnissen auf den Gebieten der sozialen Medizin die Berechnungen so anstellten: 3000 macht 50 % von dem gesetzlichen Maximum 6000 in der Schweiz, und darauf dann 50 % bleibende Erwerbseinbuße taxierten, und nicht wenig erstaunt waren, wenn nun nach dem Rentenverfahren mit der Annahme 50 % das gesetzliche Maximum 6000 schon längst überschritten war. Jetzt aber erlebte man bei den späteren Begutachtungen des gleichen Arztes das Merkwürdige, daß die Taxationen prozentlich stets sehr niedrig vorgenommen wurden, weil der Begutachter inzwischen gemerkt hatte, daß wegen des Rentenverfahrens schon bei Ansätzen von 10—15 % recht ansehnliche Summen herausschauen. All dies entwickle ich nur deshalb so eingehend, um möglichst klar zu zeigen, daß den Taxationen bisher jede wissenschaftliche Basis gefehlt hat, und das aus zwei Gründen:

1. ist es an sich außerordentlich schwer, die Erwerbsfähigkeit zu schätzen, weil diese von vielen unberechenbaren Momenten abhängen kann, besonders bei Berufswechsel (Nachteil der Kapitalabfindung!);

2. konnte bisher eine Prognose in bezug auf Erwerbsfähigkeit gar nicht gestellt werden, weil niemand wußte, was aus den definitiv abgefundenen Leuten mit traumatischer Neurose geworden ist, in gesundheitlicher und erwerblicher Beziehung."

Heute liegen nun für das Rentenverfahren wie für die Kapitalabfindung die Endergebnisse vor, und es bietet die Beurteilung der Erwerbseinbuße nicht mehr so große Schwierigkeiten. Der wissenschaftlich einzig gangbare Weg ist heute der, daß nur Kapitalabfindung in Betracht kommen kann und niemals mehr die demoralisierend wirkende Rentenerledigung.

Ebenso sicher darf unter gar keinen Umständen mehr dauernde — und wäre es auch nur beschränkte — Erwerbseinbuße angenommen werden, sondern eine auf Wissenschaftlichkeit Anspruch erhebende Begutachtung muß unter allen Umständen auf temporäre Erwerbseinbuße, und zwar nur für 1—3 Jahre, lauten. Auch muß die Begutachtung in diesem Sinne möglichst früh, sicherlich im ersten Jahre nach dem Unfall, vorgenommen werden. Dabei ist eine mit den Jahren fallende Erwerbseinbuße einzusetzen, z. B. 80 % für das erste, 50 % für das zweite, 30 % für das dritte Jahr anzunehmen, und es muß die Summe als Kapitalabfindung von vornherein ausbezahlt und für unzuverlässige Leute irgend einer Behörde übergeben werden. Freilich müssen in dieser Hinsicht gewisse gesetzliche Bestimmungen noch geschaffen werden. Aber heller Unsinn wäre es, z. B. einem Alkoholiker erhebliche Summen zu übergeben. In zweifelhaften Fällen kann durch Ratenzahlung die Verschleuderung des Geldes verhütet werden.

Im weiteren sollen noch folgende Grundsätze gelten, wobei indessen sorgfältig und in erster Linie die ganze Psyche und viel weniger die grobe Symptomatik zu berücksichtigen ist:

1. Leichte Unfallsneurosen sind ganz abzuweisen oder mit einer sehr kleinen, einmal auszuzahlenden Schonungsrente zu erledigen.

2. Sogenannte lokale traumatische Neurosen sind zum Teil ganz abzuweisen oder doch ebenfalls sehr niedrig zu entschädigen. Die Zeiten, in denen für Seitenstechen 100 % Rente über viele Jahre gezahlt worden sind, müssen vorbei sein.

3. Auch für Unfallshysterien mit Schütteltremor oder Monoplegien muß die Kapitalabfindung durchgeführt werden, z. B. auf der Basis von 2 Jahren Erwerbseinbuße, im ersten Jahre 50 %, im zweiten Jahre 30 %.

4. Schwere depressive Formen der Hysterie allgemeiner Art dürfen auch nicht anders erledigt werden als unter der Annahme einer Erwerbsschädigung von höchstens 2—3 Jahren, z. B. 70—50—30 %.

5. Unfallshysterien, die sich ganz vorwiegend auf dem Gebiete der inneren Medizin zeigen, wie Magen-, Darm-, Herzneurosen, sind nicht hoch zu bewerten. Selbst ein Puls von 120 bei der Untersuchung darf keinerlei Gegenargument sein. Mit zahlreichen Endschicksalen kann ich es belegen, daß solche Leute nach kurzer Zeit wieder voll erwerbsfähig sind, freilich unter der Voraussetzung definitiver Erledigung. Mehr als 20—30 % für ein bis zwei Jahre sollte jedenfalls nur unter besonderer Begründung und nur in Ausnahmefällen hier taxiert werden.

6. Typische Begehrungsneurosen, unsere „eigentlichen traumatischen Neurosen", die sich erst im Laufe der Zeit und des Kampfes entwickelt haben, sind entweder ganz abzuweisen oder doch mit sehr kleiner Taxation abzufinden.

7. Ausgesprochene Querulanten, fast stets Alkoholiker oder Degenerierte, sind ganz abzuweisen. Hier haben wir ja durch die Entscheide des Reichsversicherungsamtes auch die nötige gesetzliche Grundlage.

Durchaus erkläre ich mich aber gegen die Abweisung aller Unfallsneurosen (Sachs), laute die Motivierung auch wie sie wolle. Die Gründe für diese meine Auffassung sind aus dem ganzen Inhalt dieses Buches abzuleiten, speziell aus der Auffassung, daß in bezug auf Entschädigung der Neurotiker nicht schlechter gestellt werden soll als der organisch Kranke. Nur so darf freilich die Entschädigung nicht ausfallen, daß durch sie erst die Übel verschlimmert und fixiert werden.

Seit vielen Jahren habe ich nach diesen Prinzipien geurteilt, und wie meine Endergebnisse zeigen, zum Wohle der Begutachteten wie der Versicherungen. Die Häufigkeit der Unfallsneurosen in der Schweiz hat seit meiner Arbeit außerordentlich abgenommen, indem alle schweizerischen Begutachter sich im Prinzip dieser Auffassung angeschlossen haben (siehe S. 187).

Bei der Begutachtung müssen außerdem noch unter Umständen von der Taxation Abzüge gemacht werden, das besonders in den Haftpflichtfällen. Wenn bereits früher bestehende Hysterie oder Nervosität sicher erwiesen ist, so soll das einen wesentlichen Abzug gestatten. Es ist ein schreiendes Unrecht, wenn in solchen Fällen, in denen der Unfall im Grunde nichts war, die endogene Sache aber offenkundig alles, jetzt der Haftpflichtige zu hohen Geldsummen „verurteilt“ wird, und wie ich nicht gar selten erlebt habe, nun selbst in Not und Elend kommt. Bei allen akut auf Unfälle ausbrechenden Hysterien darf man ruhig die endogene Ursache stark betonen.

Ferner sollen Abzüge gestattet sein bei eigenem Verschulden, bei offenkundiger Prozeß- oder Rachsucht, bei Ablehnung von Schiedsgerichten usw., wie umgekehrt die Taxation höher vorgenommen werden soll, wenn z. B. der Haftpflichtige in brutaler Weise durch Entlassung, durch Drohung, durch gemeines Benehmen eine Verschlimmerung der Neurose oder eine Verschleppung des Prozesses verschuldet.

Auch die Höhe der erreichbaren Entschädigungssumme muß begrenzt sein und darf den doppelten Jahresverdienst unter keinen Umständen überschreiten können. Ferner sollte in der künftigen Gesetzgebung Krankheit und Unfall gleichgestellt werden und es nicht möglich sein, bei Unfall mehr Geldentschädigung zu erhalten als bei Krankheit.

Was soll aber mit jenen nach Hunderttausenden zählenden Fällen geschehen, die auf dem Boden eines verkehrten, bisher gültigen Gesetzes und einer unwissenschaftlichen und irrigen Begutachtung seit langen Jahren wegen Unfallsneurosen Renten beziehen? Meines Erachtens sollen ganz veraltete, nun tatsächlich degenerierte Leute, die Krüppel der Gesetzgebung, ihre Rente nun unangefochten weiter behalten, in gleicher Höhe, aber von Nachuntersuchungen und Begutachtungen befreit werden.

Bei weniger veralteten Fällen kann man wie bisher durch systematische Rentenkürzung allmählich eine größere Arbeitsfähigkeit und Gesundung erreichen. Das idealste, das ich mehrfach mit Erfolg durchgeführt habe, ist aber hier die Ablösung der Rente durch eine Kapitalsumme, die etwa der zwei- bis vierfachen Rente entspricht. Viele gehen darauf gern und sofort ein, machten auch selbst schon (siehe Akten) darauf abzielende Vorschläge. Nur muß man von vornherein daran denken (siehe früher),

daß solche Leute nur mit der doppelten Höhe des Angebotes zufrieden sind.

Dies dürfte die heute auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Taxation bei den Unfallsneurosen sein! Sehen wir nun nach, wie die Taxationen früher vorgenommen wurden. In den achtziger Jahren und anfangs der neunziger Jahre wurden ganz enorm hohe Renten ausgezahlt, selbst für ganz leichte Fälle:

Hitzig (gegen Seeligmüller) nimmt 100 % Erwerbseinbuße an, weil bei dem angeblichen Simulanten der Puls zeitweise (!) 120 erreiche, und diese Taxation halte er aufrecht, auch wenn der Mann selbst sich für völlig gesund halte.

Der von Binswanger (S. 168 ff.) erwähnte traumatische Hysteriker mit Anästhesie des linken Armes und der linken Schulter erhielt 100 %, und erst nach 12 Jahren war die Rente allmählich auf 75 % herabgesetzt worden, weil objektiv nichts zu finden war.

In dem von Alexander publizierten Gutachtensfalle gab Wernicke (1883) 100 %, obwohl bei unbedeutenden Klagen „nichts für psychische Alteration, aber auch kein Anhaltspunkt für Simulation gewonnen werden konnte“. Der Mann ist mit seinen 100 % später Nimrod geworden und hat selbst bei grimmiger Kälte an Treibjagden teilgenommen.

Der Fall von Nonne-Jessen mit pseudospastischer Parese und Tremor erhielt 1896 100 %. 1902 wurde bekannt gegeben, er sei jetzt geheilt, weil man ihn 6 Jahre mit Vollrente ruhig gelassen hatte. Und heute! Da werden solche Fälle nach der Methode Kaufmann vielfach in einem Tag „geheilt“!

Engel gibt ein Gefälligkeitszeugnis bekannt, in dem auf den Befund von lebhafter Dermographie hin traumatische Neurose mit voller Erwerbseinbuße taxiert wurde.

Einer der Fälle von Dreyer erhielt 16 Jahre lang 100 % und war in dieser Zeit nie bei einem Arzt. Aber auch jetzt, als Simulation angenommen wurde, hat man die Rente nur auf 50 % herabgesetzt.

Flechsig hat bei einer traumatischen Neurose und plethysmographisch erwiesener Angst 80 % taxiert, Fürstner bei einer hysterischen Kontraktur (mitgeteilt durch Klar) 100 % angenommen.

Auch Placzek (1913) bestätigt, daß mit spielender Leichtigkeit 100 % testiert werden.

Mittelhäusers Fall 1, den wir entschieden als leicht beurteilen müssen, empfing 12 Jahre lang 100 %.

Kablitz' Fall 3 erhielt (Psych. Klinik) 100 %, obwohl die Klagen nicht über Seitenstechen, Kopfdruck und Mattigkeit hinausgingen, denn bei niedriger Taxation bestehe Suizidgefahr!

Im allgemeinen wurde aber doch das Unsinnige solcher Begutachtungen ziemlich bald durchschaut, und Bruns schreibt schon 1896: Im allgemeinen falle die Rente jetzt kleiner aus.

Schon 1903 ging Strümpell so weit, daß er leichte Fälle, die dazu noch teilweise Simulation darboten, ganz abwies. Aber hysterischen Dienstmädchen und Telephonistinnen wurde doch vielfach noch (siehe 1907 E. Meyer) Invalidität (!) bewilligt.

F. C. Müller schreibt 1907, in Deutschland sei die Taxation 70 bis 80 bis 100 % die übliche; er selbst tritt aber für frühzeitige Abfindung unter der Annahme 20%iger Erwerbseinbuße ein. Ewald (1908): 40—60 % Erwerbseinbuße sei im allgemeinen zu taxieren. Sachs und Freund (1899) schlagen für schwere Fälle ½ bis 1 bis mehrere Jahre Vollrente vor, raten dann aber in großen Sprüngen auf zwei Drittel oder die Hälfte zu gehen.

Erben vertritt die Annahme von einem Drittel Erwerbseinbuße bei leichten Fällen, bei großer Hinfälligkeit und bei ermüdbarem Herzen sei

aber halbe Erwerbseinbuße anzunehmen, in den nächsten Jahren dann aber die Rente zu reduzieren.

Gutmann (1913) schlägt vor, nie über $33^1/_3$ % zu gehen, denn vieles sei Simulation. Brissaud (1909) betrachtet 10—15 % als Basis für seine Sinistrose, verhält sich aber für Unfallshysterie reservierter. Reichhardt (1910) hält 25—50 % für genug. Auch sollte das als bloße Schonungsrente gegeben werden. Meltzer möchte eine hysterische Affektion nur die Hälfte bis ein Drittel so hoch bewerten wie ein ähnliches oder körperliches Leiden, und in ganz ähnlicher Weise hat sich Wimmer ausgesprochen. Schultze tritt 1912 für niedrige Rente ein. 1911 hat Zingerle den gleichen Vorschlag schon gemacht, wie auch früher schon zahlreiche Autoren den Nutzen der kleinen Rente unterstrichen.

1915 schrieb Nonne, daß früher traumatische Neurose nicht nur zu oft diagnostiziert, sondern auch zu hoch taxiert worden sei. Und Kräpelin (1915) vertritt auf Grund der jetzt bekannt gewordenen günstigen Endresultate der Kapitalabfindung den Standpunkt, daß nie Dauerrenten für psychogene Sachen gegeben werden dürften (N.: also auch nie Invalidität!), nur temporäre Renten. Auch liege nicht der geringste Grund gegen eine definitive Erledigung im ersten oder zweiten Jahre nach dem Unfall vor.

Wie niedrig die Taxationen bei der Kapitalabfindung in Dänemark ausfallen, habe ich bereits S. 157 u. 158 wiedergegeben, ebenso die mit den meinigen weitgehend übereinstimmenden Ansichten von Horn.

Schuster schreibt 1914: Die Taxation ist sehr schwer, und nicht selten ergeben sich die größten Unterschiede von zwei Begutachtungen trotz fast gleichen Befundes, weil der Gesamteindruck, der schwer einzuschätzen ist, so viel ausmacht und die konstatierten objektiven Zeichen für die Schätzung nicht ausschlaggebend sind.

Letzteres ist ein außerordentlich wichtiger und durchaus richtiger Gesichtspunkt, wie ich auch nachdrücklich betonen möchte.

Er empfiehlt daher (S. 1088) nur wenige Schätzungsgrade (100, 60, 30 %), für andere aber von vornherein abnehmende Rentensätze bis auf 0, besonders wenn es sich nur um Verschlimmerung früherer Leiden handle.

Schuster macht dann eine Reihe spezieller Vorschläge: Neurotiker ohne objektiven Befund mit Kopfweh, Schlaffheit, Erregbarkeit gleich 20—25% Erwerbseinbuße. Solche mit erheblichen lokalen Zeichen, z. B. Zittern, Gangstörung bis etwa 40 % Erwerbseinbuße; bei hysterischen Krampfanfällen, schwerer Reizbarkeit und Depression solle man noch höher gehen und endlich beim höchsten Grad von Apathie, Depression oder fast täglichen Krämpfen, bei Astasie-Abasie oder ähnlichem bis 100 % Rente geben. Die Taxation der Rente schwanke also zwischen 0—100 %.

Ich halte natürlich diese ganze Darstellung für verfehlt, sofern es sich um Rente handelt, die Trennung nach der Schwere indessen für richtig, wenn von vornherein Kapitalabfindung unter der Annahme einer nur 1—2 bis höchstens 3 Jahre bestehenden und allmählich abnehmenden Erwerbseinbuße stattfindet.

In der Schweiz ist auf Grund meiner Endergebnisse die Kapitalabfindung für die Unfallsneurosen im neuen Versicherungsgesetz gesetzlich eingeführt, und zwar unter der Annahme einer temporären Erwerbseinbuße und höchstens für 1—3 Jahre. Pochon empfiehlt daher 1913 für die Mehrzahl bloß eine Schonungsrente von 20—30 % für 1—3 Jahre zu taxieren.

Wie irrig eine zu hohe Taxation gewesen war, habe ich nicht nur sehr häufig selbst erlebt und in meiner Arbeit 1910 belegt, sondern auch in der Literatur finden sich zahlreiche Einzelmitteilungen von fast sofortiger Heilung nach Auszahlung hoher Summen. So liest man bei Laquer

(1912) viele Fälle dieser Art, besonders aber Fall 12, der nach Auszahlung von 140 000 Mark nach kurzer Zeit wieder in seinem früheren kaufmännischen, aufregenden Betrieb mit spekulativen Börsengeschäften tätig war.

Morselli: Genug Fälle sind sofort und mit höherem Lohn an der Arbeit, selbst bei schwererer Arbeit als vorher.

Horn: Kaufmann mit Atherosklerose und Schreckneurose. Taxation lebenslängliche völlige Erwerbseinbuße, erhält 120 000 Mark; leitet bereits nach einem Jahr wieder ein großzügiges Unternehmen mit glänzendem Erfolg.

Das Unglaublichste in dieser Beziehung stellt die folgende Beobachtung dar: Fabrikdirektor bei zwei deutschen und einer schweizerischen Versicherung zu 340 000 Mark für Invalidität versichert.

August 1907 im Schlafwagen eines D-Zuges in Belgien verunglückt. Keine körperliche Verletzung, aber gehörig erschrocken. Nachher Unfallshysterie mit hysterischen Lähmungen. Im Verlaufe von zwölf Ärzten, und zwar den bekanntesten deutschen und österreichischen Autoritäten auf dem Gebiet der Nervenheilkunde, begutachtet. Alle zwölf kommen übereinstimmend zur Auffassung eines körperlich und geistig völlig gebrochenen Mannes.

Ein Begutachter schreibt: „Ich stehe nicht an, zu erklären, daß ich, der ich alljährlich Hunderte von Unfallsverletzten als Oberbegutachter zu beurteilen habe, kaum je eine so schwerwiegende Erschütterung des Nervensystems konstatieren konnte wie hier, wo ein in der Vollkraft der Jahre stehender arbeitsfähiger Mensch zur Ruine wurde."

In den gerichtlichen Entscheiden wurden natürlich alle Versicherungen mit ihren Einwänden abgewiesen.

Versicherter erwarb bis 1909 an Taggeldern 22 333 Mark und an Invaliditätsentschädigungen 195 944 Mark. Dazu vom belgischen Eisenbahnfiskus 240 000 Mark, zusammen also 458 277 Mark.

Bereits Oktober 1915 ist die einwandfreie Feststellung erfolgt, daß sämtliche nervöse Beschwerden und hysterischen Lähmungen schon seit einer Reihe von Jahren laut eigenem Eingeständnis des Versicherten restlos verschwunden sind.

In der Literatur ist ferner vielfach die Berechtigung für eine starke Einschränkung der Entschädigungssumme bei bestehender starker Disposition oder früherer Nervosität anerkannt (Garnier, Gutmann, Kornfeld, Kaufmann, Rosenfeld, Reichhardt).

Auch wird mehrfach ein Abzug bei gleichzeitig bestehender Simulation oder Übertreibung gefordert, so entgegen E. Meyer von Schultze und Stursberg, dann von Rosenfeld, Lindt und Nager und vielen anderen.

Eine besondere Frage berührt den Umstand, ob es aus therapeutischen Gründen angeht, die Rente niedrig zu bemessen. Zahlreiche Begutachter haben sich für die Richtigkeit dieses Grundsatzes ausgesprochen; noch mehr aber haben danach gehandelt, und zwar in bewußtem und offenem Widerspruch zu dem bekannten Entscheid des Reichsversicherungsamtes, wonach eine Rente nicht zur Heilung niedrig gehalten werden dürfe.

Ich komme damit zu den **Auffassungen der Gerichte.** In aller Kürze kann ich nur folgendes ausführen:

Die Gerichte haben in früheren Jahren noch vielfach auf Grund des Augenscheins die Rente festgestellt und die ärztlichen Gutachten beiseite geschoben. So unwürdig das auch für unseren Stand war, so darf man

sich deshalb darüber doch nicht so sehr wundern, weil eben auf diesen Gebieten eine wissenschaftliche Grundlage und Erkenntnis so unendlich lange völlig gefehlt hat und die großen Irrtümer und Willkürlichkeiten niemandem verborgen geblieben sind.

Später hat freilich dann das Reichsversicherungsamt (R.V.A. 20. April 1909) entschieden, daß der persönliche Eindruck vor Gericht gegenüber der Krankenhausbeobachtung nicht so hohes Gewicht (!) haben sollte, und daß das Schiedsgericht auch nicht zu sehr durch den bloßen Eindruck persönlicher Glaubwürdigkeit sich beeinflussen lassen dürfe (R.V.A. 26. Februar 1909).

Das ist ja schon eine ganz hübsche Anerkennung der ärztlichen Leistungen!

Auch gegen den Unfug der Hysterie- und Neurastheniediagnose („Dr. R. hat nichts weiter als gesteigerte Patellarsehnenreflexe und fehlenden Rachenreflex gefunden") ist das Reichsversicherungsamt durch das Urteil vom 12. Dezember 1906 aufgetreten unter Hinweis auf die Schädigung des Volkscharakters, um so eher, weil die ohne zureichenden Grund bezogenen Renten in der Regel am längsten dauerten.

Vom 20. Oktober 1902 an wurden aber vom Reichsversicherungsamt, das früher alle direkt oder indirekt entstandenen nervösen Störungen als entschädigungspflichtig erklärt hatte, jetzt alle Neurosen völlig abgewiesen, bei denen der Kampf um eine Rente das wesentliche Moment zur Entstehung der Hysterie gewesen war, und dieser Entscheid über die Rentenkampfneurosen ist auch später vielfach festgehalten worden, ja 1903 ist er auch auf die Geisteskrankheiten aus Rentenkampf entstanden ausgedehnt worden. Das Reichsgericht hat auch die ärztliche Motivierung des Rentenkampfes aus einer „überwertigen Idee" abgelehnt, mit der Begründung, falsche Autosuggestionen hängen mit dem Unfall nicht kausal zusammen.

1909 hat das Reichsversicherungsamt auch übertriebene unberechtigte Begehrungsvorstellungen als nicht entschädigungspflichtig zurückgewiesen. Mag man auch einwenden, daß es schwer sein dürfte, zwischen physiologischer und pathologischer Begehrlichkeit zu unterscheiden, so trifft der gerichtliche Entscheid bei genauer Untersuchung des Einzelfalles zweifellos praktisch das Richtige.

Aber die Einschränkung durch die Entscheide des Reichsversicherungsamtes und anderer hoher Gerichte ging in den folgenden Jahren noch viel weiter. Rentenkampfneurosen wurden auch abgelehnt bei geringfügigem Unfall ohne direkte wesentliche Schädigung des Nervensystems. Mit vollem Recht wurde aber ein durch mangelhaftes Entgegenkommen entstandener Rentenkampf als aufgezwungen und begründet erklärt

Aber auch an seiner früheren Verwerfung der Rentenherabsetzung aus therapeutischen Gründen hat das Reichsgericht 1909 eine Änderung vorgenommen und entschieden, die Kapitalabfindung sei besonders niedrig einzusetzen wegen der durch die Abfindung zu erwartenden Heilung, und vom Oberlandesgericht Düsseldorf ist 1913 die therapeutische Rolle der kleinen Rente vollständig anerkannt worden. Schon 1909 hat das Reichsversicherungsamt ein Gutachten von Windscheid gestützt, daß Heilung nur durch niedrige 15%ige Rente und durch den Zwang zur Arbeit zu erreichen sei.

Nach dem Reichshaftpflichtgesetz ist ein Abzug für frühere Leiden und auch für frühere Nervosität, sowie für eigenes Verschulden möglich. Verschiedene Gerichte (siehe Horn 1915) haben sogar ein Selbstverschulden der Patienten durch Begehrungsvorstellungen angenommen. Das Oberlandesgericht Düsseldorf (1914) hat auf eigenes Verschulden erkannt, weil der Mann seiner Energielosigkeit widerstandslos nachgab, er aber verpflichtet war, den Rest der Arbeitsfähigkeit auszunützen, und dasselbe Gericht hat schon 1913 entschieden, daß der Rentner „verpflichtet" (!) ist, seine Energie und den Drang nach Tätigkeit aufrecht zu erhalten.

So sehr haben sich also auch hier die Dinge verändert, daß es bis zur Feststellung einer Verpflichtung, die Energie aufrecht zu halten, gekommen ist. Der in all diesen Fragen bestehende Gegensatz zwischen Theorie (Pflicht zu Energie!) und Praxis ist also schließlich zugunsten der Praxis entschieden worden, und das werden wir zweifellos, richtige Prüfung des Einzelfalles vorausgesetzt, nur freudig begrüßen!

Wie steht es also heute rechtlich mit dem von Möbius proklamierten Satze, daß der Arbeiter heute das gute „Recht" habe, zu warten, bis er ganz gesund sei, d. h. bis er selbst sich für gesund erkläre?

Ein großer Fehler der Rechtsprechung aber liegt noch darin, daß eine einmal zu Recht bezogene Rente durch eine andere wissenschaftliche Auffassung oder andere Diagnose nicht geändert werden kann, selbst nicht einmal, wenn ein tatsächlicher Irrtum des früher begutachtenden Arztes nachgewiesen ist. Die Gründe für diese juristische Auffassung liegen in den sonst zu stark zur Geltung kommenden, voneinander abweichenden theoretischen Auffassungen der Begutachter und in der Achtung vor der Res judicata. Es wird daher der Nachweis der wesentlichen Änderung verlangt. Mit dem Kautschukbegriff der Gewöhnung an Unfallsfolgen können aber praktisch auch diese Schwierigkeiten überwunden werden.

Kapitel XVIII.

Therapie und Verhütung der Unfallsneurosen.

Nur soziale Mittel können soziale Krankheiten heilen, das ist der grundsätzliche Gesichtspunkt, der über diesem Abschnitt stehen muß und der für die eigentlichen Unfallsneurosen heute zweifellos als zu Recht bestehend anerkannt ist. Selbst eine Psychotherapie der eigentlichen Unfalls- und Begehrungsneurosen erreicht absolut nichts, weil in der Regel der böse Wille und die Gier nach Geld jeden Erfolg zurückdrängt. Erst recht nichts ist von Hydro-, Elektro-, medikomechanischer und medikamentöser Therapie zu erwarten; man vergleiche nur die außerordentlich große Zahl der Autoren, die den vollen Mißerfolg aller Therapie in der Rundfrage der Ärztlichen Sachverständigenzeitung 1906 einwandfrei bezeugt haben. Der Therapieabschnitt im Lehrbuch von Oppenheim (1908) mit seinen Empfehlungen von Hydrotherapie, Bädern, Kurorten, Medikamenten muß daher als verfehlt bezeichnet werden.

Wenn unter Umständen vereinzelt doch auf dem Wege irgendeiner

Therapie ein Erfolg erreicht wird, so sind das wohl so gut wie stets endogene Hysterien: außerdem Hysteriephasen nach Unfall, bei denen ganz besonders im Anfang die wirkliche Krankheit noch dominiert, und bei denen auch alle Zuverlässigkeitsprüfungen tadellose Ergebnisse zutage fördern. Aber selbst bei ausgesprochenen Hysterien gesellt sich in der späteren Zeit fast regelmäßig der böse Wille, der Wunsch, die Krankheit zu konservieren und daraus Vorteil zu ziehen, in alles überragender Weise hinzu. Daß einiges auch unbewußt nach dieser Richtung führt, mag zugestanden werden, ist aber sicherlich selten und nicht wesentlich.

Man soll sich nur an die modernen Ausdrücke der Zweckhysterie und Zielhysterie erinnern und an alle jene zahlreichen Autoren, die auch bei den degenerativen Formen der Hysterie den mangelnden Willen klar betonen. Dabei will ich die Entstehung sogar fast aller hysterischen Zustände und Äußerungen ohne jede Absicht oder bösen Willen sofort als selbstverständlich zugeben; aber für die Unheilbarkeit und die ewige Fortdauer der Erscheinungen kommt der meist bewußten Übertreibung, dem bösen Willen und der Absicht die erste Rolle zu.

Was unter solchen Umständen eine Therapie irgendwelcher Art erreichen kann, ist doch wohl klar.

Gleichwohl soll der Arzt im Anfange stets therapeutische Versuche vornehmen, schon aus rein psychologischen Gründen; denn was müßte der Kranke denken, wenn auf jede Behandlung sofort verzichtet wird? Auch geben gerade die Beobachtungen, die sich an die Therapie anschließen, sehr wertvolles psychologisches Material zur Beurteilung. Ich habe daher auch in Spätfällen stets Versuche therapeutischer Natur gemacht. Freilich muß jede eingreifende Behandlung vermieden werden, ebenso jede teuere Kur. Längst ist man sich klar, daß alle Kuraufenthalte und Bäder niemals eine Besserung der Erwerbsfähigkeit bewirken (Leppmann), höchstens ein kleines Zurücktreten von Einzelsymptomen, vielfach aber nur deshalb, um aus einem zeitweilig eingetretenen Erfolg neue Ansprüche auf das so angenehme Kur- und Badeleben abzuleiten.

Auch die hauptsächlich von Windscheid (1904, Das Hermannhaus) in besonderen Anstalten durchgeführte Arbeitstherapie erreicht in der Regel nichts. Wenn einige bescheidene Resultate bekannt gegeben wurden, so handelt es sich um siebenmal Gesiebte, die erst in die Anstalt kamen. Dann mag es ja allerdings gelingen, leichtere Hysterien zu einer Besserung zu bringen und andere durch eine Zwangskürzung der Rente als gebessert zu „erklären".

Eine Arbeitstherapie, die aber hauptsächlich durch psychologische Faktoren wirkt, ist die Anstellung teilweise Erwerbsfähiger in den früheren Betrieb, aber mit Volllohn, wobei Versicherung oder Genossenschaft dem Arbeitgeber die verminderte Leistung vergütet. Leider geht dies nur in großen Betrieben und bei vernünftigen und human denkenden Arbeitgebern. Unter diesen Umständen sind dann sehr schöne Erfolge erreichbar, wobei ich allerdings den Hauptgrund darin sehe, daß sogar den Leuten mit ausgesprochenen Begehrungsvorstellungen jetzt ein anderer, finanziell noch günstigerer Ausgang der Sache zu unwahrscheinlich erscheint. Ich habe früher Beispiele gegeben: Bergwerke Sardiniens, Krupp.

Auch die Errichtung von Arbeitsnachweisstätten für Halberwerbsfähige, z. B. in Berlin, kann in Frühfällen vereinzelt Gutes wirken.

Die kausale Therapie ist die Kapitalabfindung. Zuerst von Jolly 1897 empfohlen, dann 1906 besonders auch von Gaupp gefordert, sind ihre Vorzüge durch die Ergebnisse der Endresultate seit 1910 in so klares Licht gerückt worden, daß jede frühere Opposition (Windscheid, Ewald, Saki, Sachs, Schwarz usw.) verstummt ist und die Münchener Versammlungen der deutschen Psychiater und diejenige der deutschen Neurologen einstimmig dem dahin gehenden Antrag Hoche zugestimmt haben.

Gesetzliche Kapitalabfindung steht in Kraft in England, Dänemark, Schweden, Italien, Spanien, Ungarn, Belgien, Australien, Kanada und ist Gesetz für die Schweiz, aber hier nur für Unfallsneurosen und „solche, die es werden wollen", während sonst Rentensystem besteht.

Alle Bedenken haben sich als zum größten Teil nicht zutreffend oder als zum kleineren Teil doch nicht als entscheidend herausgestellt (Naegeli, Hoche und viele andere). Die früher allgemein übliche, wenn auch ungesetzliche Zwangsheilung durch kleine Rente (Wirkung durch Hunger) oder durch zwangsweise Rentenkürzung, darf für neue Fälle nicht mehr in Betracht kommen.

Die Einführung der Kapitalabfindung unter der Annahme einer mäßigen Erwerbseinbuße für nur kurze Zeit (Grundsätze S. 179) wirkt aber auch in ausgezeichneter Weise prophylaktisch, wobei freilich die richtige Auffassung der Ärzte über die Prognose und die Endschicksale der Unfalls- und Begehrungsneurosen als Hauptfaktor der Vorbeugung einzusetzen ist. So schreibt die Versicherungsgesellschaft „Zürich" unter dem 14. Juni 1916 an Hoche: „In der Schweiz drohten vor Jahren die Unfallsneurosen in gleicher Weise zu einer sozialen Gefahr zu werden, wie in Deutschland. Es fingen aber, gestützt durch die Ergebnisse der bekannten Naegelischen Arbeit die Begutachter in Erkenntnis der sozialen Gefahr und der wahren Entstehungsgründe der Neurosen an, konsequent nur noch eine progressiv abnehmende Arbeitsunfähigkeit für längstens 1—$1^1/_2$ Jahre zu attestieren. Die Gerichte billigten diese Auffassung durch entsprechend geringe Kapitalabfindung. **Dadurch sind in der Schweiz im Arbeiterhaftpflichtrecht die Neurosen bis auf ganz vereinzelte Fälle verschwunden!** Versuche werden nur noch von Ausländern durchzufechten versucht, in deren Staaten durch die Begutachtungspraxis und Rechtsprechung die weitverbreitete Anschauung ausgebreitet worden ist, eine Unfallsneurose gebe Ansprüche auf Entschädigung für dauernde und hochgradige Erwerbsunfähigkeit."

Von Genesungsprämien, die zur Verhütung vorgeschlagen worden sind (Horn), verspreche ich mir nichts.

Von bedeutendem prophylaktischem Werte sind ferner alle Maßnahmen, welche ein Zustandekommen von Prozessen oder eine lange Dauer derselben verhindern:

1. Die gesetzliche Forderung auf Annahme eines Schiedsgerichts (drei Ärzte) oder einer Autorität als Begutachter, wobei die Anerkennung des Ergebnisses für beide Teile verbindlich ist.

2. Abweisung aller Entschädigungsansprüche, die nicht im ersten Jahre nach dem Unfall schon erhoben werden. Es ist klar, daß später über einen Kausalzusammenhang meist nicht einmal etwas Wahrscheinliches mehr erhoben werden kann.

3. Die Beschränkung der Höhe der Forderung ähnlich dem deutschen Automobilgesetz (Maximumrente 3000 M. im Jahr).

4. Rasche Rechtsprechung. Daß ein entscheidendes Urteil noch im ersten Jahre möglich ist, hat Dänemark durch seine Gesetzgebung gezeigt (vgl. auch die Ansicht Kraepelins Lehrbuch 1915).

5. Verminderung der juristischen Instanzen.

6. Verminderung der Berufungen. Dafür Überweisung an Schiedsgericht oder an eine Autorität, deren Urteil von vornherein als verbindlich erklärt wird.

7. Starke Abzüge bei Simulation oder böswilliger Prozeßsucht.

8. Abweisung aller eigentlichen Rentenkampfneurosen. Gesetzlich durch die Urteile des Reichsversicherungsamtes seit 1902.

9. Ausbau der sozialen Versicherung nach prophylaktischen Grundsätzen, unter Vermeidung von Anordnungen, die zu Begehren Veranlassung geben. Daher keine 100 % Entschädigung bei Unfall und Krankheit, dafür aber alljährliche Erholungsferien für jeden Arbeiter aus dem nicht ganz ausbezahlten Tagesgeld und frühzeitige Alterszulagen.

So muß es in absehbarer Zeit möglich sein, den noch bestehenden, vielfach unerträglichen Zustand außerordentlich weitgehend zu ändern. Die Ergebnisse in der Schweiz zeigen, daß das gelingt. Eines aber wollen wir hier noch einmal mit äußerstem Nachdruck festhalten: Die Prophylaxe kann nur dann irgendwelchen Erfolg haben, wenn die früheren vollkommen verkehrten und sozialschädlichen Auffassungen über Unfalls- und Begehrungsneurosen in den Kreisen der Ärzte vollständig verbannt sind und die frühere Oppenheimsche Lehre in vollem Umfange als Irrlehre von A bis Z durchschaut ist.

Literatur.

A l e x a n d e r, Railway-spine oder Simulation. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1892, Bd. 4, S. 109. — A n d e r n a c h, Beitrag zur Begutachtung von Kopf verletzungen und deren Folgen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, Nr. 17. — A r n d t, Zur Differentialdiagnose der traumatischen Neurose. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897. — A s c h a f f e n b u r g, in Curschmanns Lehrbuch der Nervenkrankheiten. — A ß m a n n, Vorschläge zur Organisation des Kriegsentschädigungsverfahrens. Med. Klinik 1916, Nr. 34—37. — A u e r b a c h, Zur Behandlung von funktionellen Neurosen bei Mitgliedern von Krankenkassen. Berliner klin. Wochenschrift 1902, Heft 170. — D e r s e l b e, Zur Reform der Unfallversicherungsgesetzgebung. Deutsche med. Wochenschr. 1901, S. 42. — D e r s e l b e, Zur Begutachtung von Unfallnervenkranken. Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 32. — B a c h, Traumatische Neurose und Unfallbegutachtung. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 14. — B a e k, Beitrag zur traumatischen Hysterie. In.-Diss. Breslau 1892. — B a g i n s k y, Die Unfallbegutachtung in der Ohrenheilkunde. Berliner klin. Wochenschrift 1905, S. 1169. — B a i l a y, Simulation of nervous disorders following accidents. Railway surg. 1897. — D e r s e l b e, The Prognosis of traumatic Hysteria, based upon the subsequent histories of a number of litigated cases. Med. Rec. 1901, 24. Aug. — B e c h t e r e w, Über objektive Symptome lokaler Hyperästhesie und Anästhesie bei der traumatischen Neurose. Neurol. Zentralbl. 1900, Bd. 19, S. 205, und Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1901, Bd. 9, S. 99. — B e c k e r, Die Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig 1908. — B e c k e r, Über traumatische Neurosen. In.-Diss. Marburg 1912. — T h e o p h i l B e c k e r, Bedeutung der Sommerschen Untersuchungsmethoden für die Frage der Simulation. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1908, Nr. 19. — D e r s e l b e, Über nervöse Nachkrankheiten des Mülheimer Eisenbahnunglücks. Münch. med. Wochenschrift 1910, Nr. 29, S. 1542. — D e r s e l b e, Untersuchungen über Simulation bei Unfallkrankheiten. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. 3, S. 127. — B e n e d i k t, Die Nervenerkrankungen durch Verletzung. Wiener med. Presse 1901, Nr. 27. — D e r s e l b e, Zur Röntgendiagnostik der traumatischen Neurose. Wiener med. Presse 1903, Nr. 26. — L. B e r n h a r d, Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik, 4. Aufl. Berlin 1913, Springer. — B e r n h a r d t, Über die Folgen der Hirn- und Rückenmarkserschütterung nach Eisenbahnunfällen. Berliner klin. Wochenschr. 1876, Nr. 20, S. 275. — D e r s e l b e, Beiträge zur Frage von der Beurteilung der nach heftigen Kopfverletzungen in specie Eisenbahnunfällen auftretenden nervösen Störungen. Deutsche med. Wochenschr. 1888, Nr. 13, S. 245. — D e r s e l b e, Beitrag zu der Lehre von den allgemeinen und lokalen traumatischen Neurosen. Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 18. — B e r n h a r d t u. K r o n t a l, Fall von sogenannter traumatischer Neurose mit Sektionsbefund. Neurol. Zentralbl. 1890, Nr. 4, S. 103. — B e r n h e i m, Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Übersetzt von F r e u d, 2. Aufl. 1888. — B e r n s t e i n, Über eine besondere Form von Neurose bei Unfallverletzten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1896, S. 10. — B e r t l i n g, Zur Symptomatologie der traumatischen Neurosen. Monatsschr. f. Unf. 1894, S. 49. — B e y e r, Behandlung und Verhütung der nichttraumatischen Rentenneurosen. Münch. med. Wochenschr. 1909, Nr. 4, S. 184. — D e r s e l b e, Kampf um die Rente bei nichttraumatischen Neurosen. Arch. f. Psych. 1908, S. 1197. — D e r s e l b e, Über die Bedeutung der Rentenhöhe bei der Entstehung der Rentenneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 21. — B i l f i n g e r, Beitrag zur Beurteilung der konzentrischen Gesichtsfeldeinengung bei den traumatischen Neurosen. In.-Diss. München 1892. — B i l l s t r ö m, Studien über die Prognose traumatischer Neurosen. Hygiea 1910, Nov. — B i n g, Pathogenese, Prophylaxe

und Begutachtung psychoneurotischer Unfallfolgen. Deutsche med. Wochenschr. 1915, Nr. 30 V.B. — Bing u. Stierlin, Beobachtungen über psychoneurotische Störungen infolge der Eisenbahnkatastrophe zu Müllheim i. B. Neurol. Zentralbl. 1912, Nr. 14, S. 882. — Binswanger, Die Hysterie. Nothnagels Samml. 1904. — Biondi, Über traumatische Neurose. Riv. sugli infortuni del lavoro 1901, Nr. 2—3. Ref. Monatsschr. f. Unf. 1902, S. 232. — Biß, Beiträge aus der Praxis zur Frage der traumatischen Neurose usw. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1904, Nr. 13 u. 14. — Derselbe, Was lehren die Akten der Berufsgenossenschaften über die Häufigkeit und die Ursachen funktioneller Nervenkrankheiten nach Unfällen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910, Nr. 22, S. 450. — Blasius, Unfallversicherungsgesetz und Simulantentum. Monatsschr. f. Unf. 1894, S. 53. — Derselbe, Etwas von der Begehrlichkeit. Monatsschr. f. Unf. 1894, S. 268. — Blind, Essai sur la psychologie des races dans ses rapports avec les accidents du travail. I. Internation. Kongreß f. Unf. Lüttich 1905. — Derselbe, Rassenpsychologie und Unfallheilkunde. Monatsschr. f. Unf. 1905, S. 258. — Derselbe, Das Los der italienischen Unfallverletzten im Auslande, 1909. Internation. Kongreß für Arbeiterversicherung, Rom 1909. — Derselbe, Internationale Erfahrungen in der Arbeiterfürsorge. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1910, Nr. 4, S. 65. — Bloch, Über Simulation bei traumatischen Neurosen. Med. Klinik 1906, Nr. 21 u. 22. — Böhmig, Hysterische Unfallerkrankungen bei Telephonistinnen. Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 16, S. 760. — Boesch, Über traumatische Neurosen. In.-Diss. Zürich 1907. — Braun, Praktische Erfahrungen über traumatische Neurose. Prager med. Wochenschrift 1907, S. 533. — Brissaud u. Oettinger, Die Ursachen der traumatischen Neurose. Neurol. Zentralbl. 1909. — Bruns, Zur Kasuistik der traumatischen Neurosen. Neurol. Zentralbl. 1889, Bd. 8, S. 123 u. 159. — Derselbe, Neuere Arbeiten über die „traumatischen Neurosen". Schmidtsche Jahrbücher Bd. 230, 231, 234, 238, 242, 252, 255, 263, 271, 276, 280, 289, 291, 295. — Derselbe, Unfallsneurosen. Enzyklop. Jahrbuch 1898, VIII. — Derselbe, Die traumatischen Neurosen, Unfallsneurosen. Nothnagels Samml. Bd. 12, 1. Teil, 4. Abt. Wien 1901, Hölder. — Buttersack, Zur Kasuistik der Kriegsneurosen. Württemb. ärztl. Korrespondenzbl. 1916, S. 1. — Coester, Auch eine traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1892, S. 776. — Coste, Die Kommotionsneurose mit vasomotorischem Symptomenkomplex. Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. 1913, Nr. 5. — Cramer, Kriterien der Verschlimmerung von funktionellen Neurosen durch Unfälle. IV. Internation. Kongr. f. Vers.-Med. 1906. Monatsschr. f. Unf. 1906, S. 278. — Derselbe, Die Begutachtung der nervösen Unfallserkrankungen, sowie der nervösen Beamten. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 12, S. 537. — Crocq, fils, Etude pathogénique et clinique des névroses traumatiques. Mém. Acad. roy. de méd. Brüssel 1895. — Church, Traumatic Neuroses from a Med. Point of View. Cleveland Medic. Journ. 1910, S. 238, Nr. 4. — Dannehl, Über Simulation. Deutsche milit. Zeitschr. 1910, Nr. 12. — Dinkler, Ein Beitrag zu den feineren Gehirnveränderungen nach Schädeltrauma. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1903, Bd. 39, S. 440. — Dirska, Über die ätiologische Bedeutung des Traumas. Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 41, S. 663. — Diskussionen: in Berlin 1890. Neurol. Zentralbl. 1890, Bd. 9, 509; in Hamburg 1891. Neurol. Zentralbl. 1892, Bd. 11, 118 und 1896. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 569, 617; in Wiesbaden 1893. Kongr. f. innere Med. 1893; in Brit. med. Association. Brit. med. Journ. 1893, 18. Nov.; in Stuttgart 1906. Naturf.-Versamml. Neurol. Zentralbl. 1906; am II. Internation. Unfallkongr. in Rom. Monatsschr. f. Unf. 1909, Heft 6; in Baden-Baden 1907. Arch. f. Psych. Bd. 43; in Hamburg 1912. VI. Versamml. deutscher Nervenärzte. Neurol. Zentralbl. 1912; in Zürich 1913. Schweiz. Unfallärzte. Jahressitzung der schweiz. Unfallärzte. Schweizer Rundsch. f. Med. 1914, S. 756; in Baden-Baden 1916; in München 1916. Neurol. Zentralbl. 1916. — Doellken, Wann sind Unfallneurosen heilbar? Neurol. Zentralbl. 1906, Nr. 23, S. 1099. — Donath, Weitere Beiträge zu der traumatischen Neurose. Wiener med. Wochenschr. 1892, Nr. 6 u. 7. — Dreyer, Ein Beitrag zur Lehre von der traumatischen Hysterie. Monatsschr. f. Unf. 1904, S. 341. — Derselbe, Traumatische Neurasthenie nach leichter Kopfverletzung mit 20jähriger völliger Erwerbsunfähigkeit trotz Arbeitsfähigkeit. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 408. — Derselbe, Traumatische Neurasthenie und Gicht. Monatsschr. f. Unf. 1912, Nr. 3. — Derselbe, „Traumatische Neurose" nach Quetschwunde an der linken Stirnhälfte mit 17jähriger völliger Erwerbsunfähigkeit. Monatsschr. f. Unf. 1913, S. 211. — Derselbe, Traumatische Neurasthenie nach Hodenquetschung. Ebenda 1913, Nr. 8. — Drobnick, Eisenbahnpsychosen und -neurosen. Wiener med. Presse 1893, Nr. 12. — Dubois, Über traumatische

Neurosen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1891, Nr. 17 u. 18. — Düms, Über Hysterie in der Armee. Festschr. Stadtkrankenhaus Dresden. — Dunin, Einige Bemerkungen über sogenannte traumatische Neurosen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1891, Bd. 47, S. 532. — Edinger u. Auerbach, Unfallnervenkrankheiten. Realenzyklop. d. ges. Heilk., 3. Aufl. Wien 1900, Urban u. Schwarzenberg. — Egger, Kasuistische Beiträge zur Frage der funktionellen Unfallnervenkrankheiten. Jahresber. d. allg. Poliklinik Basel 1898. — Derselbe, Die traumatische Neurose und das Gesetz über Kranken- und Unfallversicherung 1909. — Ehret, Über eine funktionelle Lähmungsform der Peronealmuskeln traumatischen Ursprungs. Arch. f. Unf. Bd. 2. — Eichelberg, Zur Kasuistik der als „Eisenbahnfurcht“ beschriebenen Unfallneurosen. In.-Diss. Bonn 1905. — Eisenlohr, Bemerkungen über die traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1889, Nr. 52, S. 1128. — Engel, Über Gutachten auf dem Gebiete der staatlichen Unfall- und Invalidenversicherung. Med. Klinik 1907, S. 647. — Engelen, Simulation und Aggravation neurasthenischer Beschwerden. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1911, Nr. 8, S. 158. — Derselbe, Untersuchungsschema für Unfallneurosen. Ebenda 1915, Nr. 18. — Erben, Über Simulation von Nervensymptomen. Ref. Münch. med. Wochenschr. 1901, Nr. 16. — Derselbe, Über die geläufigste Form der traumatischen Neurose. Wiener med. Wochenschr. 1904, Nr. 5, S. 205—211 und Klin.-therap. Wochenschr. 1903, Nr. 8. — Derselbe, Prüfung nervöser Störungen auf Simulation und Übertreibung. Wiener med. Wochenschr. 1906, Nr. 18—21. — Derselbe, Über die Neurosen nach Unfällen. Med. Klinik 1910, Nr. 32, S. 1245. — Derselbe, Unfallneurosen. Wiener med. Wochenschr. 1911, Nr. 36. — Derselbe, Diagnose der Simulation nervöser Symptome. Berlin und Wien 1912. — Erichsen, Über die Verletzungen der zentralen Teile des Nervensystems vorzüglich durch Unfälle auf den Eisenbahnen. Deutsch von Kelp (Oldenburg) 1868, englisch 1866. — Eulenburg, Eine seltene Form lokalisierten, klonischen Krampfes. Simulation. Unfallneurose oder hysterische Schreckneurose. Deutsche med. Wochenschrift 1897, Nr. 1, S. 10. — Derselbe, Über Nerven- und Geisteskrankheiten nach elektrischen Unfällen. Berliner klin. Wochenschr. 1905, Nr. 2 u. 3, S. 30. — Ewald, Die traumatischen Neurosen und die Unfallgesetzgebung. Med. Klinik 1908, Sonderheft Nr. 12, S. 317. — Derselbe, Traumatische Neurose nach einem Unfall im Telephonbetriebe. Monatsschr. f. Unf. Bd. 1, S. 216. — Feilchenfeld, Dissimulation und Substitution. Monatsschr. f. Unf. 1902, S. 321. — Derselbe, Über das Hinken der Simulanten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1904, Nr. 13. — Derselbe, Über Rentenhysterie. Ebenda 1906, Nr. 16, S. 320. — Flatau, Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Leipzig 1912. — Francotte, Quelques observations pour servir à l'histoire de la névrose traum., de son prognostic en particulier. Presse méd. belge 1903, S. 217 und Bull. Acad. roy. de méd. de Belgique 1903, Bd. 17, S. 101—115. — Frank, Bericht über 225 Schädelfrakturen mit Nachuntersuchungen. v. Bruns' Beitr. Bd. 68. — C. S. Freund, Demonstration einiger Fälle von sogenannter traumatischer Neurose. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1891, S. 290. — Derselbe, Ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Frage von den sogenannten traumatischen Neurosen. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1892, Nr. 51. — Freund, Zur Kenntnis der Simulation bei Unfallverletzten. Arch. f. Psych. 1896, Bd. 29, S. 17. — Freund u. Kayser, Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 31. — Frey, Über traumatische Neurose. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., 3. Folge 1902, Bd. 23, Suppl.-Heft, S. 241—274. — Friedel, Zur Prognose der traumatischen Neurose. Vortrag, Halle 1908. Monatsschr. f. Psych. 1909, Bd. 25. — M. Friedmann, Über eine besondere schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung und über den vasomotorischen Symptomenkomplex bei derselben im allgemeinen. Arch. f. Psych. 1891, Bd. 23, S. 230. — Derselbe, Zur Lehre von den Folgezuständen nach Gehirnerschütterung. Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 39, S. 1108. — Derselbe, Über einen weiteren Fall von nervösen Folgezuständen nach Gehirnerschütterung mit Sektionsbefund. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 11, S. 386. — Derselbe, Weiteres über den vasomotorischen Symptomenkomplex nach Kopferschütterung. Münch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 20. — Friedmann, Über die materielle Grundlage und die Prognose der Unfallneurose nach Gehirnerschütterung (Kommotionsneurosen). Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 15, S. 698. — Fröhlich, Zur Begutachtung der nervösen Unfallkranken. Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1908, Nr. 12. — Fuchs, Über ein Verfahren zur Unterscheidung von vorgetäuschtem und krankhaftem Zittern. Monatsschr. f. Unf. 1892, Nr 3, S. 77. — Derselbe, Über einen Fall von scheinbar vorgetäuschtem

Zittern. Ebenda 1896, S. 33. — Derselbe, Gutachten über den Direktor N. Ebenda 1898, S. 43. — Fürstner, Zur Symptomatologie der chronischen Unfallerkrankungen des Zentralnervensystems und über die Beziehungen der letzteren zur Unfallgesetzgebung. Monatsschr. f. Unf. 1896, Nr. 10, S. 330. — Derselbe, Über pseudospast. Parese mit Tremor. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 674. — Derselbe, Simulation oder Hysterie. Monatsschr. f. Unf. 1906, S. 129. — Gaß, Simulation oder Autosuggestion. Monatsschr. f. Unf. 1898, S. 12. — Gaupp, Der Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung auf den Verlauf von Nerven- und Geisteskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 46, S. 2233. Verhandl. d. Naturf.-Versamml. 1906, 2. Teil, 2. Hälfte, S. 190. — Derselbe, Ungewöhnliche Formen der Hysterie bei Soldaten. Württemb. ärztl. Korrespondenzbl. 1915, S. 328. — Derselbe, Hysterie und Kriegsdienst. Münch. med. Wochenschr. 1915, S. 361. — Derselbe, Über Granatkontusion. Kriegschir. Hefte. v. Bruns' Beitr. 1915, Bd. 46, Heft 3. — Geschäftsbericht der Sächs.-Thüring. Eisen- u. Stahlberufsgenossenschaft. Nachteile der Unfallversicherungsgesetzgebung. Monatsschr. f. Unf. 1897, S. 263. — Die Gewöhnung an Unfallfolgen als Besserung im Sinne des § 88. Hannover 1908. — Gnauck, Die Wandlungen in der Lehre von den Nervenerkrankungen nach Trauma. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1898, Nr. 23, S. 481. — Goebel, Ein Fall von traumatischer Neurose mit schnellem Übergang in Psychose. Berliner klin. Wochenschr. 1896, S. 97. — Göhrum, Ein Versicherungsschwindler. Der Pitaval der Gegenwart Bd. 6, Heft 1. — Goldscheider, Zur Theorie der traumatischen Neurosen. Ref. Monatsschr. f. Unf. u. Inval. 1902, S. 231. — Goldstein, Über Schädel-Hirnverletzungen. Monatsschr. f. Unf. 1901, S. 1. — Görtz, Beitrag zum Kapitel: Gefälligkeitsatteste. Monatsschr. f. Unf. 1899 und Nachtrag 1900, S. 14. — Groß, Zur Psychologie der traumatischen Psychose. Kraepelins psychol. Arb. Bd. 2, S. 869. Leipzig 1899. — Güth, Über den diagnostischen Wert einzelner Symptome der traumatischen Neurose. In.-Diss. Berlin 1890. — Gutmann, Ärztliche Bemerkungen zu Bernhards Buch: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik. Monatsschr. f. Unf. 1913, Nr. 4. — Haag, Hysterisch-traumatische Neurose, anfänglich unter dem Bilde von Dementia paralytica verlaufend, später simuliert. Monatsschr. f. Unf. 1899, Bd. 6, S. 78. — Derselbe, Zur Unfallversicherung in der Praxis. Ebenda 1900, S. 177. — Derselbe, Hirnverletzung oder traumatische Neurose. Ebenda 1902, S. 380. — Derselbe, Dementia paralytica? Traumatischer Blödsinn und Simulation? Ebenda 1903, S. 77. — Derselbe, Drei Fälle von traumatischer Neurose. Ebenda 1903, S. 266. — Derselbe, Hodenquetschung, traumatische Neurose, Rückenmarkserschütterung, psychisches Trauma? Ebenda 1904, S. 317. — Derselbe, Traumatische Psychose. Simulation. Ebenda 1905, S. 70. — Hackländer, Vorschläge zu einer den Heilprozeß nicht retardierenden Unterstützung Unfallverletzter. Münch. med. Wochenschr. 1906, Nr. 48, S. 2351. — Hammerschmidt, Die bloße Möglichkeit reicht zur Festsetzung des ursächlichen Zusammenhanges nicht aus. Erkenntnis des R.V.A. vom 30. Nov. 1911. Monatsschr. f. Unf. 1912, Nr. 3. — Hecker, Entlarvte Simulation einer zerebralen Lähmung usw. Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. 1898, S. 603. — Heilbronner, Die traumatischen Neurosen. In Mohr u. Stähelin, Handb. d. inneren Med. 1912, Bd. 5. — Heller, Simulationen und ihre Behandlung. 2. Aufl. Leipzig 1890, Abel. — Hellpach, Die Unfallneurosen und Arbeitsfreude. Neurol. Zentralbl. 1906, S. 605. — Derselbe, Rentenhysterie. Zeitschr. f. Vers.-Wissensch. 1908, Nr. 2. — Derselbe, Von der Rentenhysterie und dem psychologischen Konstruktionsfehler unserer Versicherungspolitik. Der Tag 1913, VI, Nr. 10. — Henneberg, Zur Kenntnis psychologischer Störungen bei Unfallkranken. Char.-Ann. 1899, XXIV, S. 608. — Hensgen, Fall von traumatischer hochgradiger Hysterie mit Krampfanfällen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 5, S. 101. — Herhold, Hysterischer Spitzfuß nach Trauma. Monatsschr. f. Unf. 1903, S. 134. — Herold, Hysterie und Chirurgie im Heere. Deutsche milit. Zeitschr. 1909, Nr. 5. — Herrmann, Beiträge zur Lehre der nach Unfällen auftretenden nervösen und psychischen Störungen. In.-Diss. Göttingen 1897. — Herzog, Traumatische Hysterie. (Demonstration.) Münch. med. Wochenschr. 1912, Nr. 17, S. 957. — Heynold, Kritische Beiträge zur Frage nach dem Zusammenhang von traumatischen Neurosen mit degenerativer Disposition. In.-Diss. Greifswald 1912. — Higier, Über die sogenannte traumatische Neurose und ihre Simulation. Wiener med. Presse 1893, Nr. 34 ff. — Hildebrandt, Zum Streit über die traumatische Neurose. Neurol. Zentralbl. 1915, S. 715. — Hillebrecht, Über nichttraumatische Rentenneurosen bei früheren Heeresangehörigen. Deutsche milit.-ärztl. Zeitschr. 1910, Nr. 13. — Hitzig, Zur Abwehr. Deutsche med. Wochen-

schrift 1891, Nr. 38. — Derselbe, Ärztliches Obergutachten über den Gesundheitszustand des Arbeiters B. Arch. f. Psych. 1904, Bd. 39, S. 957. — Hoche, Die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebung. Ref. Arch. f. Psych. Bd. 43, S. 1327. — Derselbe, Geisteskrankheit und Kultur. Akad. Rede. Freiburg 1910. — Derselbe, Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Ref. Baden-Baden 1907. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. 7, Heft 8. Halle. — Hoenig, Über Simulation und Übertreibung und deren Bekämpfung. Breslau 1891. — Hönig, Über Simulation und Übertreibung der Unfallverletzten. Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 19, S. 423. — v. Hößlin, Zum Nachweis der Simulation bei Hysterischen und Unfallkranken. Münch. med. Wochenschr. 1902, Nr. 37, S. 1521. — Hoffa, Welche Nachteile haben sich bei der Durchführung der Unfallversicherungsgesetze ergeben? Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissensch. 1908, Bd. 8, Nr. 1. — Albin Hoffmann, Die traumatische Neurose und das Unfallversicherungsgesetz. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1891, Nr. 17, Neue Folge. — J. Hoffmann, Erfahrungen über die traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1890, Nr. 29, S. 655. — Homburger, Ärztliche Gutachten. Heidelberg 1911, 8. Jan. Rentenkampf. Von Privatversicherungen publiziert. — Honigmann, Über Kriegsneurosen. Kongr. f. innere Med. 1907. — Derselbe, Unfallneurose und Unfallversicherungsgesetz. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 8, S. 159. — Horn, Über nervöse Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. Bonn 1913. — Derselbe, Über Simulation bei Unfallverletzten und Invaliden. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1913, Nr. 11 u. 12. — Derselbe, Über Herzstörungen nach Unfall. Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 2. — Derselbe, Über den Zusammenhang zwischen Nervenleiden nach Unfall und Arteriosklerose. Monatsschr. f. Unf. 1915, Nr. 1. — Derselbe, Zur Heilbarkeit der Schreckneurosen nach Abfindung. Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1915, Nr. 9. — Derselbe, Über Schreckneurosen in klinischer und unfallrechtlicher Beziehung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1915, Bd. 53, S. 333. — Derselbe, Über die Prognose der Unfallneurosen. Fortschr. d. Med. 1915. — Derselbe, Über die neuere Rechtsprechung bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915 u. Berlin 1915, R. Schötz. — Derselbe, Zur Nutzbarmachung erhaltener und wiedergewonnener Arbeitskraft bei Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1915, Nr. 22—24. — Derselbe, Zur Begutachtung nervöser Unfallfolgen. Münch. med. Wochenschr. 1915, Nr. 51, S. 1745. — Derselbe, Arzt und Haftpflichtgesetz. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1916, Nr. 7. — Horstmann, Zur traumatischen Neurose. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, S. 417. — Hübner, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914. — Hübscher, Motorische Asthenopie bei traumatischer Neurose. Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 17, S. 376. — Huguenin, Die Prognose der traumatischen Neurosen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1904, S. 623. — Derselbe, Die traumatische Hysterie. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1904, Nr. 20 u. 21, S. 623. — Jacoby, Zur Verhütung des Entstehens von Unfallneurosen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1910, Bd. 40, S. 358. — Jansky, Beitrag zu den objektiven Symptomen der traumatischen Neurose. Ref. Zentralbl. f. innere Med. 1909, S. 1015. — Jellinek, Elektrisches Unfallwesen. Zeitschr. f. klin. Med. 1903, Bd. 48, S. 30. — Jentsch, Über Zitterbewegungen und deren Simulation. In.-Diss. Bonn 1893. — Jeremias, Die Erwerbsfähigkeit bei traumatischen und nichttraumatischen Neurosen. Monatsschr. f. Unf. 1900, Bd. 7, S. 401. — Jessen, Ein geheilter Fall von pseudospastischer Parese mit Tremor. Monatsschr. f. Unf. 1900, Bd. 8, S. 373. — Derselbe, Über die funktionellen Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Ref. Neurol. Zentralbl. 1896, XV, S. 569. — Jolly, Über Tremor bei traumatischer Hysterie. Berliner klin. Wochenschr. 1896, Nr. 52, S. 1157. — Derselbe, Über Unfallverletzung und Muskelatrophie nebst Bemerkungen über die Unfallgesetzgebung. Berliner klin. Wochenschr. 1897, Nr. 12. — Jüngst, Bericht über den Eisenbahnzusammenstoß auf dem Heidelberger Bahnhof. Zeitschr. f. Heilk. Bd. 4, S. 281 u. In.-Diss. Heidelberg 1883. — Jurka, Über den Wert der Goldscheiderschen Methode der Untersuchung des Wärme- und Kältesinns bei Unfallverletzten. Monatsschr. f. Unf. 1894, S. 45. — Kablitz, Zur Kasuistik der Unfallneurosen. In.-Diss. Rostock 1910. — Kaufmann, Die Schweizer Arbeiterunfallversicherung. Monatsschr. f. Unf. 1912, Nr. 2. — Kaufmann, Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung 1913. — Derselbe, Neue Ziele in der deutschen Arbeiterversicherung. Der Tag 1913, 18. Mai. — Kirsch, Der Nachweis der Simulation und Übertreibung. Monatsschr. f. Unf. 1902, Nr. 7, S. 197. — Derselbe, Traumatische Hysterie. Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr. 30, S. 1643. — Kissinger, Zwei Fälle von schwerer

Hysterie beim Manne nach Trauma. Monatsschr. f. Unf. 1900, S. 281. — Klar, Ein weiterer Beitrag zu der Frage: Simulation oder Hysterie? Monatsschr. f. Unf. 1905, S. 274. — Derselbe, Noch einmal: Simulation oder Hysterie? Ebenda 1906, S. 65. — Kleißel, Traumatische Neurose nach Kopfsturz. Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 23, V. B. — Klien, Über die psychisch bedingte Einengung des Gesichtsfeldes. Arch. f. Psych. 1907, Bd. 42, S. 359. — Knapp, Traumatic nervous affections. Amer. Journ. 1892, Bd. 104, S. 625. — Derselbe, Simulation in traumatic nervous diseases. Boston med. and surg. Journ. 1893, S. 318. — Derselbe, Simulation einer Tastlähmung. Deutsche med. Wochenschr. 1908, Nr. 22. — Knotz, Zur Frage der traumatischen Neurose. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1902, Nr. 8, S. 155. — Koenig, Ein objektives Krankheitszeichen der traumatischen Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1891, S. 774, Nr. 31. — W. Koenig, Über Gesichtsfeldermüdung und deren Beziehung zur konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Leipzig 1893, Vogel. — König, Hysterische Astasie-Abasie nach Trauma. In.-Diss. Kiel 1912. — Koeppen, Veränderung des Verhältnisses im Sinn von § 88 G.U.V.G. bei gleichbleibendem negativem objektivem Befund und gleichbleibenden subjektiven Beschwerden. Monatsschr. f. Unf. 1907, S. 206. — Köhl, Ein Beitrag zur Pseudoparalysis agitans auf traumatischer Basis. In.-Diss. Kiel 1909. — Kornfeld, Berechtigt Hysterie nach unerheblichen äußeren Verletzungen bei der Arbeit zu einer Unfallrente? Monatsschr. f. Unf. 1902, Bd. 9, S. 108. — Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl. 1915. — Krecke, Unfallversicherung und ärztliche Gutachten. Münch. med. Wochenschr. 1889, S. 579, — Kriege, Über vasomotorische Störungen der Haut bei der traumatischen Neurose. Arch. f. Psych. 1890, Bd. 22, S. 241. — Kühne, Die Reaktion des Gehirns auf leichte Kopfverletzung. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 101. — Derselbe, Die in der Versicherungsgesetzgebung wirksamen ungünstigen Einflüsse. Monatsschr. f. Unf. 1910, Nr. 10 u. 11, S. 391. — Derselbe, Die Bedeutung des Schrecks für die Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten. Neurol. Zentralbl. 1910, S. 1340. — Derselbe, Unfallhysteriker, ihre Untersuchung und Beurteilung. III. Internation. med. Unfallkongr. in Düsseldorf 1912, S. 141. — Derselbe, Die funktionellen Neurosen. Handb. d. Unfallkrankh. 2. Aufl., Bd. 2. — Kühner, Über traumatische Neurose. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1892, Bd. 3, S. 340. — Kurtz, Zur Frage der traumatischen Neurose. In.-Diss. München 1892. — Laehr, Eine Unfallpsychose. Berliner klin. Wochenschr. 1896, Nr. 29, S. 641. — Laquer, Die Untersuchung und Begutachtung von traumatischen Neurosen. Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis 1894, Nr. 3 u. 4. — Derselbe, Bemerkungen zur physikalischen und suggestiven Behandlung der nach Unfällen auftretenden Neurosen. Therapie d. Gegenw. 1902, Bd. 4, S. 251. — Derselbe, Die Heilbarkeit nervöser Unfallfolgen. Halle 1912. — Lauenstein, Bemerkungen zu der Beurteilung und Behandlung von Verletzungsfolgen usw. Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 15. — Ledderhose, Über Simulation und ihre Entlarvung in der Unfallschirurgie. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 24. — Derselbe, Die Gewöhnung an Unfallfolgen als Besserungstatsache. Ebenda 1908, Nr. 47. — Leers, Zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Berliner Klinik 1905, Heft 205, S. 1—38. — Derselbe, Über die Beziehungen der traumatischen Neurose zur Arteriosklerose. Monatsschr. f. Unf. 1906, Nr. 9, S. 275. — Leppmann, Der Kampf um die traumatische Neurose. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1896, Nr. 9, S. 189. — Derselbe, Die Kriminalität der Unfallverletzten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1902, Nr. 3. — Derselbe, Die Behandlung schwerer Unfallneurosen. (Umfrage.) Ebenda 1906, S. 415, 438, 473. — Derselbe, Die traumatischen Psychosen (und Neurosen), mit besonderer Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1911, Nr. 22. — v. Leupoldt, Die Untersuchung von Unfallnervenkranken mit psycho-physischen Methoden. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. 1906, Bd. 1, S. 130. — Levy, Zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Berliner Klinik 1900, Bd. 17, S. 205. — Lewandowsky, Die Hysterie, 1914; Springer. — Lewek, Über die traumatischen Neurosen. In.-Diss. Erlangen 1891. — Leyden, Ein Fall von Rückenmarkserschütterung durch Eisenbahnunfall (Railway-Spine). Arch. f. Psych. Bd. 8. — Leyden, Ein Fall von Schrecklähmung. Berliner klin. Wochenschr. 1905, S. 193. — Liersch, Übertreibung und Übertreibungswahn der Unfallverletzten. Monatsschrift f. Unf. 1903, S. 297. — Lindt u. Nager, Begutachtung traumatischer Ohraffektionen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1914, Nr. 16. — Liniger, Über Zittersimulation. Monatsschr. f. Unf. 1895, II, S. 362. — Derselbe, Interessanter Fall aus der Unfallpraxis. Ebenda 1905, S. 249. — Derselbe, Interessante

Fälle aus der Unfallpraxis. Ebenda 1906, S. 97. — Derselbe, Interessante Fälle aus der Versicherungspraxis. Ebenda 1907, S. 42. — Derselbe, Interessante Fälle aus der Unfallpraxis. Ebenda 1909, S. 396. — Derselbe, Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts bei dauernden Unfallschäden. Arbeitsfähigkeit vor und nach dem Unfall. Ebenda 1909, Nr. 6. — Lissauer, Über Rentenneurasthenie und ihre Bedeutung für das Versicherungswesen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, Nr. 18, S. 369. — Lohmar, Schattenseiten der Reichs-Unfallversicherung. Berlin 1916. — Löwenfeld, Kritisches und Kasuistisches zur Lehre von den sogenannten traumatischen Neurosen. Münch. med. Wochenschr. 1889, Nr. 38, S. 643. — Löwenthal, Über Unfallneurosen, sogenannte traumatische Neurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1905, S. 364. — Lumbroso, Quale è l' influenza delle forme d'indemnizzo sulla evoluzione delle affezioni nervosi posttraumatiche? II. Internation. Kongr. f. Unfallheilk. in Rom 1909. — Maier, Unfallgutachten über Fälle von Dementia praecox. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1912, Nr. 8. — Mann, Über die Verminderung des Leistungswiderstandes am Kopf als Symptom bei traumatischen Neurosen. Berliner klin. Wochenschr. 1893, Nr. 31, S. 749. — Derselbe, Über das „Beamtenfürsorgegesetz" usw. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1907, Nr. 24, S. 31. — Marcus, Linkshändigkeit in der Unfallversicherung. Monatsschr. f. Unf. 1912, Nr. 3 u. 11. — Mayer, Ursachen, Dienstbeschädigungs- und Rentenfragen bei der Soldatenhysterie. Deutsche Milit.-Ztg. 1913, Nr. 15. — Meltzer, Die Schätzung der Erwerbsfähigkeit bei der Hysterie und den sogenannten traumatischen Neurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 11, S. 379. — Mendel, Der Fall N. Deutsche med. Wochenschr. 1896, S. 590. — Derselbe, Erwiderung. Ebenda 1896, Nr. 45, S. 732. — K. Mendel, Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Berlin 1908. — Derselbe, Über Querulantenwahnsinn und „Neurasthenia querulatoria" bei Unfallverletzten. Neurol. Zentralbl. 1909, S. 1140. — Menier, Verfahren, die Simulanten unter den Unfallkranken zu entdecken. Ref. Monatsschr. f. Unf. u. Inval. 1904, Nr. 11, S. 362. — Merzbacher, Einige statistische Bemerkungen über Unfallneurosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906, Bd. 19, S. 905. — Meyer, Hysterie nach Trauma, kombiniert mit organischer Erkrankung des Nervensystems. Berliner klin. Wochenschrift 1902, Nr. 31, S. 732. — E. Meyer, Hysterie und Invalidität. Deutsche med. Wochenschr. 1907, S. 209. — Michelsohn, Hysterie und Trauma. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 27. — Mierfeldt, Ein Beitrag zu den funktionellen Unfallnervenkrankheiten (traumatische Neurose). In.-Diss. Königsberg 1907. — Mittelhäuser, Unfall- und Nervenerkrankung, eine sozial-medizinische Studie. Halle 1905. — Möbius, Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken. Münch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 50. — Derselbe, Weitere Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken. Ebenda 1891, Nr. 39, S. 677. — Moeli, Über psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. Berliner klin. Wochenschr. 1881, Nr. 6, S. 73. — Möller, Die Simulation in der Unfallversicherung. Kompaß 1909, Nr. 2 u. 3. — Mönckemöller, Traumatische Hysterie und Simulation. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1913, S. 233. — Derselbe, Simulation im Rentenkampf. Monatsschr. f. Unf. 1913, Nr. 11, S. 349. — Morselli, Le neurosi traumatiche. Riv. sperim. di fren. 1911, Vol. 38. — Müller, Kasuistische Beiträge zur Unfallhysterie. In.-Diss. Rostock 1909. — Fr. C. Müller, Über die traumatische Neurose. Zeitschr. f. d. ges. Vers.-Wissensch. 1907, VII. Jahrg. — Georg Müller, Eine einfache Methode, simulierte Schmerzen zu diagnostizieren. Monatsschr. f. Unf. 1894, S. 20. — Derselbe, Eine einfache Methode, simuliertes Zittern zu diagnostizieren. Ebenda Bd. 1, S. 20. — Murri, Über die traumatischen Neurosen. Deutsch von Cerletti. Jena 1913, Fischer. — Naegeli, Die Bleineurasthenie als Parallele zu den traumatischen Neurosen. Kongr. f. innere Med. 1909. — Derselbe, Nachuntersuchungen bei traumatischen Neurosen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1910, Nr. 2. — Derselbe, Endergebnisse bei traumatischen Neurosen in der Schweiz. Kongr. f. innere Med. 1910. — Derselbe, Die Beziehungen der Unfallmedizin zur internen Medizin. Revue Suisse des Accidents du travail 1913, Nr. 3. — Derselbe, Ein typischer Fall von ungeheilter traumatischer Neurose unter dem System der Rentenabfindung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte 1913, Nr. 19. — Derselbe, Beiträge zur Kenntnis der Bleivergiftung mit besonderer Berücksichtigung des Wertes der Symptome. Ebenda 1913. — Derselbe, Über den Einfluß von Rechtsansprüchen bei Neurosen. Leipzig 1913, Veit u. Co. — Derselbe, Zur Frage der traumatischen und Kriegsneurosen, in besonderer Berücksichtigung der Oppenheimschen Auffassungen. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 12. — Neumann, Über das Vorkommen der alimentären Glykosurie

bei Nervenerkrankungen nach Unfällen. Monatsschr. f. Unf. 1900, S. 236. — Niedner, Zum Nachweis der Simulation bei Hysterischen und Unfallskranken. Münch. med. Wochenschr. 1902, S. 1705 und Nachtrag, ebenda 1902, S. 1888. — Nonne, Kasuistische Beiträge zum Kapitel der Nervenunfallserkrankungen. Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 27—29. — Derselbe, Über pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma. Neurol. Zentralbl. 1896, S. 914, 977. — Derselbe, Zum Kapitel der Nichtbeeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nach den dem Unfallgesetz nicht unterliegenden Verletzungsfolgen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1905, Nr. 9. — Derselbe, Über den Einfluß der Unfallgesetzgebung auf den Ablauf von Unfallneurosen. Monatsschr. f. Unf. 1906, Nr. 10, S. 293. — Derselbe, Unfallneurosen. Vereinsber. Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 47. — Derselbe, Soll man wieder „traumatische Neurose" bei Kriegsverletzten diagnostizieren? Med. Klinik 1915, S. 849. — Derselbe, Zur therapeutischen Verwertung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. Ebenda 1915, Nr. 51, S. 1391. — Obergutachten der medizinischen Fakultät der Universität Berlin vom 5. Mai 1891, betreffs der traumatischen Neurose und Nachtrag dazu vom 6. Juli 1897. Monatsschr. f. Unf. 1897, S. 351. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1897, S. 410—418, gz. Jolly u. Leyden. — Oettli, Eine Endemie von traumatischen Neurosen. In.-Diss. Greifswald 1909. — Oppenheim, Über das Wesen und den nosologischen Charakter der sich nach Eisenbahnunfällen entwickelnden Erkrankungen des Nervensystems. Berliner Ärztl. Korrespondenzbl. 1887, Nr. 5. — Derselbe, Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterung des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln? Berliner klin. Wochenschr. 1888, Nr. 9, S. 166. — Derselbe, Zur Beurteilung der traumatischen Neurose. Neurol. Zentralbl. 1889, Nr. 16, S. 471. — Derselbe, Entgegnung Neurol. Zentralbl. 1889, S. 612, gegen Seeligmüller. — Derselbe, Bemerkungen zu vorstehendem Artikel (Hofmann). Berliner klin. Wochenschr. 1890, S. 691. — Derselbe, Weitere Mitteilungen über die traumatischen Neurosen, mit besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage. Berlin 1891, Hirschwald. — Derselbe, Die traumatischen Neurosen. 1. Aufl. 1888, 2. Aufl. 1892. Berlin, Hirschwald. — Derselbe, Der Fall N., ein weiterer Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen. Berlin 1896, Karger. — Derselbe, Zum Fall N. Eine Abwehr. Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr. 45, S. 731. — Derselbe, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1908, 5. Aufl. — Derselbe, Der Krieg und die traumatische Neurose. Berliner klin. Wochenschr. 1915, Nr. 11. — Derselbe, Bemerkungen zu dem Aufsatze Nonnes. Med. Klinik 1915, S. 920. — Derselbe, Weitere Mitteilungen über die sich an Kopfverletzungen usw. anschließenden Erkrankungen des Nervensystems. Arch. f. Psych. XVI. — Oppenheim u. Thomsen, Über das Vorkommen und die Bedeutung der sensoriellen Anästhesien. Arch. f. Psych. Bd. 15. — Page, Eisenbahnverletzungen in forensischer und klinischer Beziehung. Deutsch von Placzek. Berlin 1892. — Pelnar, Trügerische Hysteriesymptome. Wiener med. Wochenschr. 1909, Nr. 15—17. — Peters, Über das Vorkommen und die Bedeutung des sogenannten Verschiebungstypus des Gesichtsfeldes. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 5, S. 329. — Placzek, Der Förstersche Verschiebungstypus, ein „objektives" Symptom der traumatischen Neurosen. Berliner klin. Wochenschr. 1892, Nr. 35 u. 36, S. 874. — Derselbe, Gutachtliche Seltsamkeiten. Leipzig 1911, Barth. Zeitschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1910, Nr. 8. — Derselbe, Müssen Unfälle nervöse Folgen haben? Berlin 1913, Urban u. Schwarzenberg. Med. Klinik Nr. 49—52, S. 2024. — Plaut, Psychologische Untersuchungen an Unfallkranken. Neurol. Zentralbl. 1906, S. 481, Nr. 10. — Pochon u. Kaufmann, Über die traumatischen Neurosen. Ref. Verein d. Schweizer Unfallärzte. Monatsschr. f. Unf. 1913, Nr. 11, S. 369. — Pohrt, Beitrag zu der Lehre von den traumatischen psychopathischen Konstitutionen. In.-Diss. Berlin 1909. — Polotzky, Die Verwertbarkeit des Assoziationsversuches für die Beurteilung der traumatischen Neurosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 25. — Prince, Traumatic hysteria and neurasthenia. Boston Journ. 1898, Nr. 22—24, S. 511, 536, 560. — Puppe, Einfluß der Gewöhnung auf die Erwerbsfähigkeit Unfallverletzter. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, S. 69. — Quincke, Der Einfluß der sozialen Gesetze auf den Charakter. Schles. Zeitung 1905. — Derselbe, Kopftrauma und Spinaldruck. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 388. — Reichardt, Bemerkungen über Unfallbegutachtung und Gutachtenwesen. Jena 1910, Fischer. — Rentenkampfneurose. Amtl. Nachr. R.V.A. 1911. Nichtamtl. Teil; siehe Monatsschr. f. Unf. 1912, Nr. 1. — Richter, Über Verlauf traumatischer Neurosen. Berliner Klinik 1894. — Rigler, Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen usw. Berlin 1879. — Derselbe, Rentenkampfneurose. Zeitschr.

f. Vers.-Med. 1909, S. 177. — Derselbe, Die Bekämpfung der traumatischen Neurose auf dem Boden der Reichsversicherungsordnung. Ebenda 1909, Nr. 6 u. 7. — Ritter, Beitrag zur Lehre der traumatischen Neurose. Berliner klin. Wochenschrift 1890, Nr. 16, S. 361. — Röder, Die Anwendung einer neuen Methode der Untersuchung bei nervösen Erkrankungen nach Unfall. Münch. med. Wochenschr. 1898, Nr. 49, S. 1554. — Romberg, Über Wesen und Behandlung der Hysterie. (Fortbildungsvortrag.) Deutsche med. Wochenschr. 1910, Nr. 16, S. 737. — Rosenfeld, Die funktionellen Neurosen nach Trauma. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilk. 1911, Bd. 7. — Rosenthal, Zur Charakteristik einiger „objektiver" Symptome bei der sogenannten traumatischen Neurose. Monatsschr. f. Unf. 1897, S. 233—242. — Roth, Vier Fälle traumatischer Neurose nebst Bemerkungen zu denselben. Berliner klin. Wochenschr. 1891, Nr. 9, S. 227. — Rubin, Zur Kombination von traumatischer Neurose und Simulation. Med. Klinik 1913, S. 229. — Rümelin, Haftung im klinischen Betrieb. Tübingen 1913. — Rumpf, Beiträge zur kritischen Symptomatologie der traumatischen Neurose (Commotio cerebrospinalis). Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 9. — Derselbe, Über Krankheitssimulation bzw. Dissimulation und ihre Entlarvung in der inneren Medizin. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 24, S. 956. — Derselbe, Über ärztliche Zeugnisse und Gutachten. Med. Klinik 1909, Beiheft 7. — Derselbe, Ein Fall mehrfacher, teilweise erfolgreicher Simulation zur Erlangung von Unfallrente. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 263. — Derselbe, Über Arteriosklerose und Unfall Deutsche med. Wochenschr. 1914, Nr. 21, S. 1059. — Derselbe, Über funktionelle Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Klin.-therap. Wochenschr. 1914, Bd. 21, Nr. 27. — Rumpf u. Horn, Über den Verlauf der nervösen Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1912, Bd. 45. Berichte d. VI. Versamml. deutsch. Nervenärzte 1912. — Sachs, Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung, eine kritische Studie. Breslau 1909. — Derselbe, Traumatische Neurose ohne Rentenanspruch. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1913, S. 124. — Sachs u. Freund, Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen, mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchung und Begutachtung. Berlin 1899, Kornfeld. (581 Seiten.) — Sacki, Die traumatischen Neurosen. Deutsche Praxis 1906, Nr. 9. — Derselbe, Unfall und Nervenkrankheiten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1909, S. 13 u. 15. — Sand, La Simulation et l'Interprétation des Accidents du Travail. Bruxelles 1907. Ref. Monatsschr. f. Unf. 1907, S. 179. — Samter, Ein Fall von „traumatischer Neurose" und seine Entwicklung. Monatsschrift f. Unf. 1896, Bd. 3, S. 37. — Sammlung ärztlicher Obergutachten. Verlag der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes; bisher 2 Bde. — Sänger, Die Beurteilung der Nervenerkrankungen nach Unfall. Stuttgart 1896, Enke. — Derselbe, Über organische Nervenerkrankungen nach Unfall. Monatsschr. f. Unf. 1897, S. 297—304. — Derselbe, Über die nervösen Folgezustände nach Eisenbahnunfällen. Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1901, Bd. 10, S. 161. — Schaller, Einige Zahlen über Unfallneurosen, Rente und Kapitalabfindung. In.-Diss. Tübingen 1910. — Schallmayer, Was ist von unserem sozialen Versicherungswesen für die Erbqualitäten der Bevölkerung zu erwarten? Zeitschr. f. soziale Med. Bd. 3, S. 60. — Schliack, Die Vereinigung der Blutdruckmessung mit der Pulskurvenaufnahme in der Unfallbegutachtung. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 543. — Schlüter, Chorea hysterica traumatica. Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 26. — Schmaus, Zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkserschütterung. Münch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 28, S. 485. Virch. Arch. 1891, Bd. 122. — Schmidt-Rimpler, Zur Simulation konzentrischer Gesichtsfeldeinengungen mit Berücksichtigung der traumatischen Neurosen. Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 24, S. 561. — Schmuker, Die Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung und die Tätigkeit der Ärzte in der Unfallversicherung. Württemb. med. Korrespondenzbl. 1914, Nr. 16—19. — Schönfeld, Simulation oder Unfallfolge. Monatsschr. f. Unf. 1908, S. 70. — Derselbe, Nervöse Störungen nach Unfällen. Ebenda 1908, S. 211. — Derselbe, Traumatische Hypochondrie oder Rentenhypochondrie. Med. Klinik 1908, Nr. 31, S. 1202. — Schröder, Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Neue deutsche Chir. 1916. — Ernst Schultze, Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts. Halle 1910. — Derselbe, Über Unfallneurosen und die Mitwirkung des Arztes bei ihrer Bekämpfung. Deutsche med. Wochenschr. 1912, Nr. 47, 48. — Fr. Schultze, Bemerkungen über die traumatische Neurose. Neurol. Zentralbl. 1889, Bd. 8, S. 402. Arch. f. Psych. Bd. 21, S. 654. — Derselbe, Die traumatischen Neurosen. X. Internation. Kongr. zu

Berlin 1890. Ref. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1890. — Derselbe, Über Neurosen und Neuropsychosen nach Trauma. Volkmanns Samml. klin. Vortr. N. F. 1891, Nr. 14, S. 135. — Derselbe, Weiteres über Nervenerkrankungen nach Trauma. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1891, Bd. 1, S. 445. — Derselbe, Zur Lehre von den Nervenkrankheiten nach Unfällen. Deutsche med. Wochenschr. 1893, Nr. 1—2, S. 5. — Derselbe, Erfahrungen über Unfallneurosen. Münch. med. Wochenschr. 1906, S. 237 u. Diskussion. — Derselbe, Über Unfallneurosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg. 1907, Nr. 20. — Derselbe, Bemerkungen über traumatische Neurosen, Neurasthenie und Hysterie. Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 15, S. 610. — P. Schultze, Beitrag zur Lehre der psysischen und nervösen Erkrankungen infolge von Verletzungen nach Unfall. In.-Diss. Rostock 1902. — Schultze u. Stursberg, Erfahrungen über Neurosen nach Unfällen. Wiesbaden 1912. — R. Schulz, Über Unfallserkrankungen. Festschr. z. Naturf.-Versamml. 1897. — Schüren, Ein Fall von hysterischer Herzmuskellähmung bei traumatischer Neurose. In.-Diss. Kiel 1910. — Schürmann, Traumatisches Irresein. In.-Diss. Berlin 1904. — Schuster, Die Beurteilung von Rückenschmerzen bei Unfallpatienten. Berliner klin. Wochenschr. 1898, Nr. 10, S. 214. — Derselbe, Zur neurologischen Untersuchung Unfallkranker. Berliner Klinik 1899, Heft 135. — Derselbe, Die Untersuchung und Begutachtung bei traumatischen Erkrankungen des Nervensystems. Berlin 1899, Karger. — Derselbe, Über die häufigsten objektiven Symptome der traumatischen Neurose. Fortschr. d. Med. 1901, Bd. 19, Nr. 19 u. 20, S. 485—513. — Derselbe, Unfallheilkunde und Neuropathologie in ihren Wechselbeziehungen. (Antrittsvorlesung.) Berliner klin. Wochenschr. 1903, Nr. 23, S. 521. — Derselbe, Die traumatischen Neurosen. Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts 1905, Bd. 6, S. 981. — Derselbe, Zum Verständnis einiger sogenannter funktioneller nervöser Erscheinungen. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 401. — Derselbe, Drei Vorträge aus dem Gebiet der Unfallneurologie. Leipzig 1910, Thieme. — Derselbe, Trauma und Nervenkrankheiten. Lewandowskys Handb. 1914, Bd. 5, S. 991. — Derselbe, Entstehen die traumatischen Neurosen somatogen oder psychogen? Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 12, S. 500. — Schuster und Mendel, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Gaß: „Simulation oder Autosuggestion". Monatsschr. f. Unf. 1898, S. 104. — Dieselben, Traumatische Nervenkrankheiten bei Kindern. Ebenda 1899, Nr. 6, S. 177—181. — Schwalbach, Nervenerkrankungen nach Trauma. Berliner klin. Wochenschr. 1897, S. 855. — Schwanhäuser, Aus der Unfallpraxis. Monatsschr. f. Unf. 1902, S. 112. — E. Schwarz, Zur Reform der Unfallversicherungsgesetze. Ebenda 1908, S. 195. — Schwechten, Wie ist die Eisenbahnverwaltung vor dem Überhandnehmen der Unfallneurosen zu schützen? Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1903, S. 129. — Seeligmüller, Zur Frage der Simulation von Nervenleiden nach Trauma. Zentralbl. f. Neurol. 1889, Nr. 20, S. 576. — Derselbe, Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten. Deutsche med. Wochenschr. 1890, Nr. 30, 43. — Derselbe, Die Errichtung von Unfallskrankenhäusern, ein Akt der Notwehr gegen das zunehmende Simulantentum. Leipzig 1890. — Derselbe, Weitere Beiträge zur Frage der traumatischen Neurose und der Simulation bei Unfallverletzten. Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 31—34. — Derselbe, Erwiderung. Deutsche med. Wochenschr. 1891, Nr. 41. — Derselbe, Bemerkungen über die Simulation bei Unfallnervenkrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 50, 1891, Nr. 39. — Derselbe, Unfallsnervenkrankheiten. Eulenburgs Enzyklop. Jahrbücher Nr. 3. Wien 1893, Urban u. Schwarzenberg. — Seifert. Über vollständige kutane und sensorielle Anästhesie in einem Fall von traumatischer Hysterie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 28, S. 293. — Seiffer, Schädliche Suggestionen bei Unfallkranken. Berliner klin. Wochenschr. 1900, Nr. 37, S. 813. — Seifritz, Beiträge zur Kenntnis von Railway-spine. In.-Diss. Berlin 1880. — Zum Simulantenwesen. Kompaß 1901, 23. Ref. Monatsschr. f. Unf. 1902, S. 64. — Sommer, Akroparästhesien nach Trauma. Berliner klin. Wochenschr. 1902, Nr. 40, S. 928. — Specht, Einige Bemerkungen zu der Lehre von den traumatischen Neurosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906, S. 204. — Sperling u. Rosenthal, Eine traumatische Neurose mit Sektionsbefund. Neurol. Zentralbl. 1889, Nr. 11 u. 12. — Sudeck, Ein operativ geheilter Fall von traumatischer reflektorischer Trophoneurose der Hand. Monatsschr. f. Unf. 1910, S. 501. — Sünner, Über Schädelbasisbrüche und ihre Folgen. In.-Diss. Bonn 1910. — J. Steinthal, Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen mit ausschließlicher Berücksichtigung von Fällen, in denen Rechtsansprüche nicht erhoben wurden. In.-Diss. Berlin 1889. — Stempel, Epilepsie und Hysterie vom Standpunkt der Invaliden-

versicherung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1903, Nr. 17. — Derselbe, Ein Fall von Selbstschädigung zum Zweck der Erlangung höherer Unfallrente. Ebenda 1914, Nr. 22, S. 412. — Stepp, Beitrag zur Beurteilung der nach heftigen Körpererschütterungen (bei Eisenbahnunfällen) auftretenden Störungen. Deutsche med. Wochenschr. 1889, S. 66. — Derselbe, Beitrag zur Beurteilung der nach Eisenbahnunfällen entstehenden Erkrankungen. Münch. med. Wochenschr. 1897, Nr. 41, S. 1133. — Stern, Traumatische Neurose und Simulation. Chem. u. med. Untersuchungen. Festschr. f. Jaffé. Braunschweig 1901, S. 79. — Stertz, Hysterisches Stottern bei einem Unfallkranken. Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 10. — Steyerthal, Zur Beurteilung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1906, Nr. 3, S. 46. — Steyerthal, Die Hysterie in foro. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1914, Nr. 8, S. 164. — Stierlin, Über die psycho-neuropathischen Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières. Basel 1909, Reinhardt. In.-Diss. Zürich 1909. — Derselbe, Über die medizinischen Folgezustände der Katastrophe von Courrières usw. Berlin 1909, Karger. — Derselbe, Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Deutsche med. Wochenschr. 1911, Nr. 44. — Stöcker, Bericht über die außerordentliche Vertreterversammlung der westfälischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, 18. März 1913 (alles in Placzek). — Strauß, Über den Wert des Mannkopfschen Symptoms bei Nervenleiden nach Trauma. Berliner klin. Wochenschr. 1892, Nr. 18. — Derselbe, Über die diagnostische Verwendbarkeit des Versuches der alimentären Glykosurie für die Feststellung der traumatischen Neurose. Monatsschr. f. Unf. 1899, VI, S. 425. — Derselbe, Über Blutdruckmessungen bei traumatischer Hysterie. Neurol. Zentralbl. 1901, Bd. 20. — Derselbe, Über orthostatische Tachykardie im Dienste der Diagnostik traumatischer Neurosen. Char.-Ann., 28. Jahrgang. — Derselbe, Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie einiger seltener Formen von traumatischer Nerven- und Herzmuskelerkrankungen (Atherosklerose und Unfall). Char.-Ann., 25. Jahrg. — Strümpell, Über die traumatischen Neurosen. Berliner Klinik 1888, Heft 3. — Derselbe, Über traumatische Neurose und über traumatische Hysterie. Ärztl. Bezirksverein Erlangen 1889. — Derselbe, Über die traumatische Neurose. 1. Ref. a. d. Kongr. f. innere Med. 1893, S. 83—98. — Derselbe, Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken. München 1896, Lehmann; erweitert aus Münch. med. Wochenschr. 1895, Nr. 49 u. 50. — Derselbe, Über hysterische Hämoptöe, insbesondere bei Unfallkranken. Monatsschr. f. Unf. 1897, Bd. 4, S. 1. — Derselbe, Einige Bemerkungen zur Unterscheidung zwischen funktionellen und organischen Erkrankungen des Nervensystems. Med. Klinik 1916, Nr. 24. — Derselbe, Über das sogenannte hysterische Fieber. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 30, S. 281. — Stursberg, Über die Verwendung des Ergographen zum Nachweis der Simulation oder Aggravation von Paresen. Münch. med. Wochenschr. 1910, Nr. 7. — Derselbe, Über die Häufigkeit der Unfallsneurosen. Neurol. Zentralbl. 1911, Nr. 16. — Tamburini u. Forli, Feststellung und Prognose der traumatischen Neurose. Neurol. Zentralbl. 1909, S. 1176. Ref. Kongr. Rom. — Thiem, Bemerkungen zur Behandlung und Begutachtung der Unfallverletzten. Berlin 1892, Grosser. — Derselbe, Gewohnheitskontraktur und Gewohnheitslähmung. Monatsschr. f. Unf. 1898, S. 58. — Derselbe, Über den Einfluß der neuern deutschen Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit chirurgischer Krankheiten. Monatsschr. f. Unf. 1906, S. 264. — Derselbe, Wie schützt man sich vor der Vortäuschung von Streckschwäche im Kniegelenk? Ebenda 1907, S. 13. — Derselbe, Handbuch der Unfallkrankheiten. 2. Aufl. Stuttgart 1910, Enke. — Derselbe, Die durch die Reichsversicherungsordnung erweiterten Aufgaben der Unfallbegutachtung. Monatsschr. f. Unf. 1913, Nr. 4. — Tintenmann, Querulatorische Psychosen. Münch. med. Wochenschrift 1907, S. 30. — Tippel, Beitrag zu dem Kapitel: „Unfallversicherung und Wahrheitsliebe“ Monatsschr. f. Unf. 1896, S. 105. — Trappe, Die hysterischen Kontrakturen usw. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1909, Bd. 19, S. 514. — Traugott, Ein Fall von traumatischer Hysterie, durch einen nicht entschädigungspflichtigen Unfall hervorgerufen und unter psychologischer Behandlung rasch in Heilung übergehend. Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 7, S. 291. — Veraguth, Zum Problem der traumatischen Neurose. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1912, Bd. 44. — Vetter, Über traumatische Neurose und Experimente am Großhirn. Deutsch. Arch. 1891, Bd. 47, S. 388. — Vibert, Contribution à l'étude de la névrose traum. Ann. d'hyg. publ. et de la méd. lég. 1893, 3. S. XXIX, S. 97, 228. — Vulpius, Wie schützt man sich vor Vortäuschung monoartikulärer Muskelschwäche? Monatsschr. f. Unf. 1907, S. 46. — Walton, Possible cerebral origin

of the symptoms usually classed under Railway-spine. Boston med. and surg. Journ. 1883, Nr. 15. — Warnek, Zur Lehre von den nach Schädelbrüchen entstehenden Neurosen. In.-Diss. Kiel 1910. — Wassermeyer, Über den Verlauf der posttraumatischeu Nervenkrankheiten. In.-Diss. Bonn 1902. — Watermann und Baum, Die Arteriosklerose eine Folge des psyehisehen und physischen Traumas. Neurol. Zentralbl. 1906, S. 1137. — Weber, Die akute Verschlimmerung von Geistesstörungen im Gefolge von Unfällen. 4. Internation. Kongr. f. Vers.-Med. Monatsschrift f. Unf. 1906, S. 277. — Derselbe, Sektionsbefund bei Commotio cerebri. Versamml. mitteldeutsch. Psychiater u. Neurologen. Halle 1912. — Wernicke, Über die traumatisehen Neurosen. Ref. Kongr. f. innere Med. 1893, S. 98. — Derselbe, Die Crampusneurose. Berliner klin. Wochenschr. 1904, S. 1121. — Westphal, Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens. Deutsche med. Wochenschr. 1904, Nr. 1. — Derselbe, Über einen unter dem Bilde der Ophthalmoplegia ext. verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1905. — A. Westphal, Über Augensymptome in einem Fall von traumatischer Hysterie. Deutsehe med. Woehensehr. 1915, V. B. Nr. 40. — Wette, Die Dauer des Heilverfahrens bei der Behandlung Unfallverletzter. Ärztl. Saehverst.-Ztg. 1907, S. 69. — Wichmann, Der Wert der Symptome der sogenannten traumatischen Neurose. Braunschweig 1892, Vieweg. — Derselbe, Über Suggestion und Autosuggestion Verletzter. Monatsschr. f. Unf. 1895, II, S. 347. — Wilbrand, Über die Veränderungen des Gesichtsfeldes bei der traumatischen Neurose. Deutsche med. Wochensehr. 1892, Nr. 17, S. 379. — Derselbe, Die Erholungsausdehnung des Gesichtsfeldes unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Wiesbaden 1896. — Wilbrand u. Sänger, Weitere Mitteilungen über Sehstörungen bei funktionellen Nervenleiden. (Sonderabdr.) Hamb. Staatskr.-Anst. II, 1892. — Wilmans, Traumatisehe Neurose und gesunder Mensehenverstand. Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr. 50. — Wimmer, Die Prognose der traumatischen Neurose und ihre Beeinflussung dureh Kapitalabfindung. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psyeh. 1910, S. 117. — Derselbe, Über Rezidive von traumatiseher Neurose. Deutsehe Zeitschr. f. Nervenheilk. 1913, Bd. 49, S. 133. — Windscheid, Das Hermannhaus, Unfallnervenklinik der Sächs. Baugewerbsberufsgenossensehaft Stötteritz. Ärztl. Saehverst.-Ztg. 1902, Nr. 19, S. 389. — Derselbe, Aufgaben und Grundsätze des Arztes bei der Begutachtung von Unfallnervenkranken. (Antrittsvorlesung.) Leipzig 1903, Veit. — Derselbe, Über den Begriff und die Möglichkeit des Nachweises der wesentliehsten Veränderungen bei Unfallhysterikern. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1904, Nr. 24, S. 496. — Derselbe, Die Kriterien der Verschlimmerung von funktionellen Neurosen durch Unfälle. IV. Internation. Kongr. f. Vers.-Med. Monatsschr. f. Unf. 1906, S. 279. — Derselbe, Über das Wesen und die Behandlung von Nervenkrankheiten naeh Unfällen 1907. — Derselbe, Die. Beurteilung der Unfallneurosen 1908. — Derselbe, Rentenkampfhysterie keine Unfallsfolge. Med. Klinik 1909, Nr. 1, S. 31. — Derselbe, Ursächlicher Zusammenhang zwischen Betriebsunfall und dem die Erwerbsunfähigkeit bedingenden Leiden verneint, weil der Grund der Nervenschwäehe nur in Einbildungen besteht. Med. Klinik 1909, Nr. 6. — Derselbe, Rentenkampfhysterie. Monatssehr. f. Unf. 1909, S. 103. — Derselbe, Der Einfluß der Entschädigungsart auf den Verlauf der sogenannten Unfallneurosen. Neurol. Zentralbl. 1909, S. 1177. — Derselbe, Über Hirnerschütterung. Deutsehe med. Wochenschr. 1910, Nr. 1. — Derselbe, Aufgaben und Grundsätze des Arztes bei der Begutachtung von Unfallnervenkranken. Leipzig 1913. — Windscheid u. Sudeck, Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiet der Unfall- und Invalidenversieherung. Jena 1905, Fiseher. — Witzel, Unfallversicherung und Wahrheitsliebe. Kompaß 1893, Nr. 24. Monatsschr. f. Unf. 1894, S. 25. — Wohlwill, Zum Kapitel der posttraumatischen Psychosen. Ebenda 1913, Nr. 3. — Wolff, Ein Fall von sogenannter Ehretseher Lähmung. Ebenda 1898, S. 420. — Wolffberg, Der quantitative Farbensinn bei Unfallnervenkrankheiten. Neurol. Zentralbl. 1892, XI, Nr. 17. — Derselbe, Die klinisch wiehtigsten Punkte der Perimetrie, mit besonderer Berücksiehtigung der traumatischen Neurose. Arch. f. Augenheilk. Bd. 47. — Worbs, Zur Frage der Arbeitsbehandlung Unfallnervenkranker in Heilstätten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1908, Nr. 6, S. 105. — Wollenberg, Traumatische Neurose, in Hoehes Handb. d. gerichtl. Med. Berlin 1909. — Derselbe, Zur Lehre von den traumatisehen Neurosen. v. Bruns' Beitr. 1916, Bd. 101. — Wormser u. Bing, Ein einwandfreier Fall von hysterischem Fieber. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 40 u. 41. — Yakris, Die traumatische Hysterie in Griechenland. (Monographie.) Ref. Monatsschr. f. Unf. 1912, Nr. 12. — Yoshi-

k a v a, Über feinere Veränderungen im Gehirn nach Kopftrauma. Monatsschr. f. Psych. Bd. 20. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65. — Z a h n, Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei nervösen Zuständen. Med. Klinik 1913, Nr. 36. — Z a n g g e r, Über die Entstehung der Unfallneurosen begünstigenden Momente. Schweiz. Juristen-Zeitung Bd. 2, Nr. 18. — Z i e g l e r, Statistische Mitteilungen über die in den Jahren 1906 und 1907 aus der Schweiz und aus Deutschland eingegangenen usw. Schadenfälle. Winterthur 1910. — Z i n g e r l e, Bemerkungen über Unfallsneurosen. Monatsschrift f. Unfallheilk. 1911, Nr. 9, S. 265. — Z w i e d i n e c k - S ü d e n h o r s t, Simulation und Rentenhysterie bei der Reform der sozialen Versicherung. Zeitschr. f. d. gesamte Versich.-Wissensch. 1906, Heft 1.





Date Due

